

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



REVISIONSRAPPORT
GRANSKNING AV
Egenkontroll – en del i
patientsäkerhetsarbetet

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND	4
2.1	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
2.2	REVISIONSKRITERIER.....	5
2.3	METOD	5
3	RESULTAT.....	6
3.1	STYRNING AV ARBETET MED EGENKONTROLL.....	6
3.2	ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISERING	9
3.3	FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV TID, KOMPETENSER, IT- STÖD ETC.	11
3.4	UPPFÖLJNING, ANALYS OCH ÅTERRAPPORTERING	16
3.5	TILLVARATAGANDE AV RESULTATET AV UPPFÖLJNING OCH ANALYS	18
3.6	SPRIDNING AV RESULTATET FRÅN EGENKONTROLLEN	20
4	KVALITETSSÄKRING	22
5	SAMMANFATTNING AV REVISIONSFRÅGORNA.....	23
6	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	24
7	REFERENSER.....	25
8	BILAGA ENKÄTRESULTAT - VÅRDPERSONAL.....	26
9	BILAGA - RESULTATET AV CHEFSENKÄTEN	29

1 SAMMANFATTNING

- Vi anser att det funnits brister i styrningen av patientsäkerhetsarbetet för 2016. Dock anser vi att åtgärder har vidtagits för att förbättra styrningen inför 2017, framförallt att regionstyrelsen har beslutat om mätbara mål för patientsäkerhet i sin verksamhetsplan, samt att patientsäkerhet blir en stående punkt vid hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsmöten.
- Det finns rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Vi bedömer dock att det kan finnas anledning att se över i vilken omfattning dessa rutiner och riktlinjer är kända inom vårdverksamheten.
- Enligt lag skall patienten informeras i de fall de drabbats av en vårdskada. I granskningen framkommer indikationer på att det kan finnas brister i att ge patienter eller anhöriga denna information. Vi anser att verksamheten därför bör undersöka hur det förhåller sig och att vid behov åtgärder vidtas.
- Vi anser att det delvis finns en tydlig fördelning av patientsäkerhetsarbetet. Den rådande ansvarsfördelningen har dock inte fastställts av regionstyrelsen. I granskningen framkommer några otydligheter. En otydlighet gäller organiseringen av verksamhetsutvecklarna (f.d. vårdutvecklare) vilket snarast bör tydliggöras. En annan otydlighet, som fortfarande kvarstår från tidigare granskningar, gäller chefläkarnas mandat att kunna efterfråga om åtgärder efter Lex Maria utredning har genomförts, samt hygiensjuksköterskornas mandat att efterfråga protokoll av verksamhetens egenkontroll av vårdhygien. Enligt styrelsens svar på tidigare granskningar skulle detta åtgärdas.
- Det skall alltid finnas en utsedd verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Om ordinarie verksamhetschef är borta, t.ex. semester, ska en tillförordnad verksamhetschef utses. I granskningen har det framkommit brister avseende de rutiner som ska säkerställa att det alltid finns en verksamhetschef.
- Avvikelse, patientklagomål och ärenden från patientnämnden skall enligt rutin registreras och hanteras i avvikelserapporteringssystemet. Granskningen visar att systemet inte fungerar fullt ut. Utvecklingen av avvikelserapporteringssystemet har blivit framflyttat pga. att systemutvecklaren varit upptagen med andra frågor. Då det enbart är Region Jämtland/Härjedalen som har Centuri som avvikelserapporteringssystem är det viktigt att utvecklingen av systemet får fungera ostört.
- I granskningen framkommer att det finns en underrapportering av avvikelser, samt att handläggningen av avvikelser har dragit ut på tiden. Den främsta orsaken till detta är tidsbrist och att handläggningen i avvikelserapporteringssystemet är tidsödande. Underrapportering och fördröjd handläggning kan medföra att brister inom verksamheter inte åtgärdas.
- Enligt flera intervjuade finns det behov av att förbättra analysen i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser därför att åtgärder för att förbättra analysen bör vidtas.
- Vi anser att det funnits brister i uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet. Vi rekommenderar styrelsen att förbättra uppföljningen, då en bra uppföljning i regel också medför en bättre styrning. Uppföljningen av om vidtagna åtgärder medför önskad effekt bör också förbättras.
- Spridningen av resultatet från patientsäkerhetsarbetet till andra enheter bör förbättras.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys genomfört en granskning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll. Granskningen är till delar en uppföljning av tidigare granskningar.

Egenkontroll avseende patientsäkerhetsarbetet handlar om att kontrollera att verksamheten bedrivs på ett patientsäkert sätt. Egenkontroll består av avvikelserapportering, klagomålsrapportering, rapporter- och ärenden från IVO, ärenden från Patientnämnden etc. Resultatet av egenkontrollen skall tas med i planeringen av patientsäkerhetsarbetet.

Tidigare granskningar av patientsäkerhetsarbetet¹ har visat på brister i verksamheternas egenkontroll. Dessa brister har handlat om att det saknats tid för att rapportera- och handlägga avvikelser, bristande IT- stöd avseende avvikelserapportering, brister i spridning av erfarenheter från egenkontrollen, samt brister i chefläkarnas mandat avseende uppföljning och kontroll av områdenas arbete med egenkontroll.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningen har syftat till att ta reda på om Regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, kontroll och uppföljning av den del av patientsäkerhetsarbetet som avser verksamhetens egenkontroll.

Revisionsfrågor

- Finns en tillfredsställande styrning av arbetet med egenkontroll i form av rutiner och riktlinjer?
- Finns en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med egenkontrollen?
- Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT- stöd etc. för att tillgodose egenkontrollen?
- Finns en tillfredsställande uppföljning och analys?
- Tillvaratas resultatet av uppföljning och analys på ett tillfredsställande sätt i planeringen av patientsäkerhetsarbetet?
- Sker en tillfredsställande återföring av rapporterade avvikelser till berörda?
- Sker en tillfredsställande spridning av resultatet från egenkontrollen till andra enheter?
- Sker en tillfredsställande återrapportering av egenkontrollen, t.ex. i form av patientsäkerhetsberättelse?

¹ Patientsäkerhet – Förebyggande arbete Dnr: Rev/9/2009, Förstudier av Lex-Maria ärenden Dnr Rev/3/2012, Granskning av vårdrelaterade infektioner DnrRev/22/2014

Avgränsning

Granskningen avgränsas till följande områden:

- Patientsäkerhet.
- Kirurgi, Öron och Öron.
- Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Akutvård.

2.2 REVISIONSKRITERIER

Följande revisionskriterier har används:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Regionplanen 2016-2018 – Patientsäkervård av god kvalitet efter behov

2.3 METOD

De granskningsmetoder som använts har varit dokumentanalys, djupintervjuer samt två enkätundersökningar.

Dokumentanalys har genomförts av relevanta dokument inom området, bl.a. lagar och föreskrifter och regioninterna dokument.

Totalt har 16 personer intervjuats. De intervjuade har fått tagit del av rapportutkast och lämna synpunkter på detta. Följande personer vi djupintervjuat:

- Ordförande för regionstyrelsen, samt politisk sekreterare.
- Hälso- och sjukvårdsdirektören.
- Chefläkare.
- Områdeschef för Patientsäkerhet.
- Områdeschef för Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Områdeschef för Akutvård.
- Områdeschef för Kirurgi, Ögon och Öron.
- Medicinsk ledningsansvarig för område Hjärta, Neurologi och Rehabilitering.
- Patientsäkerhetssamordnarna.
- Hygiensjuksköterskor.
- Chef och handläggare vid Patientnämndens kansli.
- Systemutvecklare för avvikelserapporteringsystemet.

Två enkätundersökningar har genomförts inom de granskande områdena. En av dessa enkäter har skickats till ett slumpvist urval av fast anställda läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, totalt 85 stycken. Svarefrekvensen blev 75 %.

Den andra enkäten skickades till områdeschefer och enhetschefer inom de granskade områden, totalt 17 stycken. Svarefrekvensen bland cheferna blev 100 %.

3 RESULTAT

3.1 STYRNING AV ARBETET MED EGENKONTROLL

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) är det vårdgivaren som är ytterst ansvarig för att det sker ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Med vårdgivare avses den nämnd som ansvarar för hälso- och sjukvården. Enligt Patientsäkerhetslagen skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera att verksamheten leder till god vård. Vidare ska det finnas uppföljningsbara mål för patientsäkerhet.

2014 antog styrelsen en patientsäkerhetsstrategi (2) och en vision om att inga patienter skall skadas inom vården. I strategin finns inga mål, men fem målområden. Ordföranden för regionstyrelsen är tveksam till om den ska finnas kvar, då en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet tagits fram.

I regionstyrelsens verksamhetsplan för 2016 (3) finns framgångsfaktorer som anger områden inom patientsäkerhetsområdet som styrelsen ska fokusera på. Dessa framgångsfaktorer saknar dock mätvärden.

Ny styrmodell

Regionens styrmodell har ändrats inför 2017 (4). En förändring i styrmodellen är att regionstyrelsen, utöver framgångsfaktorer, beslutar om två mätbara mål för varje målområde. Mål om att minska andelen vårdskador finns i regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017.

Den nya modellen innebär också att regiondirektören inte längre beslutar om mål utan anger direktiv. Respektive förvaltning ska utifrån direktiven ta fram en verksamhetsplan med mätbara mål. Fr.o.m. 2017 kommer därmed hälso- och sjukvårdsförvaltningen att ha en egen verksamhetsplan. Målet om att andel vårdskador ska minska finns även i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan.

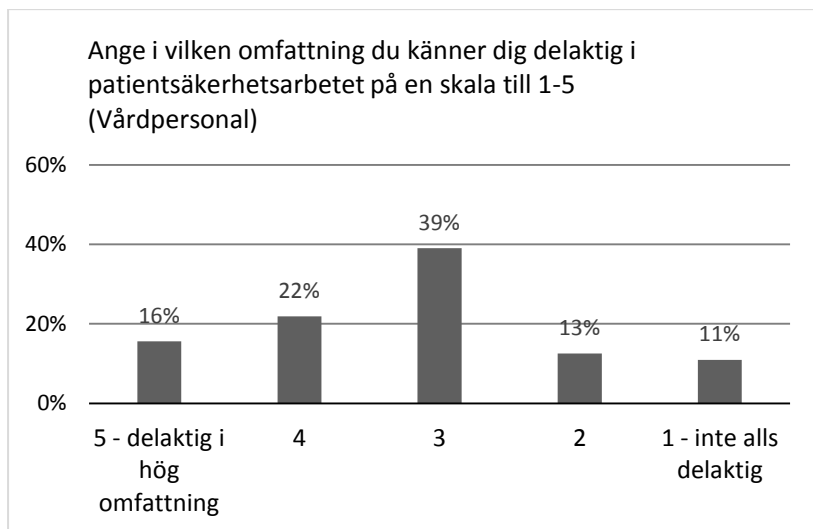
Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet

2015 beslutade regiondirektören om en övergripande handlingsplan för patientsäkerhet (5). Planen utgår från den ovan nämnda strategins målområden. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören är den övergripande handlingsplanen² det som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Till varje målområde finns bl.a. aktiviteter, mätetal och ansvariga. Totalt finns 25 aktiviteter och lika många mål i planen.

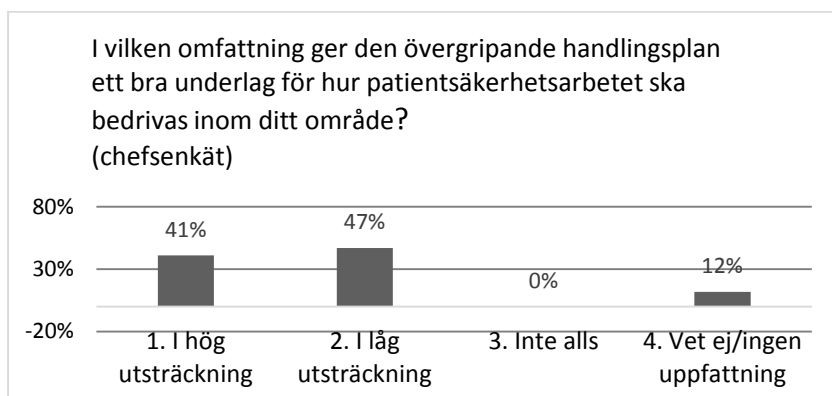
Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören skall områdena ta med några mål från den övergripande handlingsplanen i sina verksamhetsplaner. Att så sker, kontrollerar hälso- och sjukvårdsdirektören i samband med att hon fastställer verksamhetsplanerna. Hälso- och sjukvårdsdirektören betonar vikten av att fokusera på några mål och få personalens engagemang kring dessa. Dock ska områdena arbeta utifrån hela den övergripande planen i sin helhet, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

I områdets verksamhetsplaner för 2016 finns mål om patientsäkerhet. Enkätresultatet indikerar dock vissa brister avseende personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet.

² Enligt styrmodellen innebär en övergripande handlingsplan att den ska ge vägledning om vilka aktiviteter varje verksamhet kan fokusera på för att nå de övergripande målen i regionplanen. För 2016 finns det 14 övergripande handlingsplaner. Det är Regiondirektören som i regel fastställer dessa.



Enkäten till cheferna visar att det är fler chefer som uppger att patientsäkerhetsarbetet utgår från den övergripande planen i låg omfattning än de som uppgett i hög omfattning.



Viss kritik mot den övergripande handlingsplanen kommer från den chefläkare vi intervjuat som anser att den övergripande handlingsplanen bör utvecklas för att bli ett mer levande styrdokument.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören kommer den övergripande handlingsplanen att revideras inför 2017. I områdenas verksamhetsplaner för 2017 skall det formuleras särskilda aktiviteter med utgångspunkt från den övergripande handlingsplanen. Syftet med denna förändring är att förbättra styrningen.

Område Patientsäkerhet blir en del av hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp

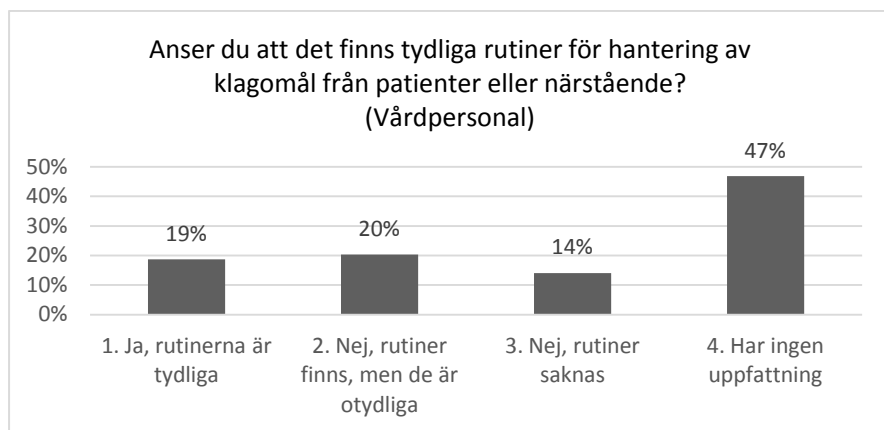
I och med att hälso- och sjukvården 2016 blev en egen förvaltning och att patientsäkerheten blivit ett eget område inom förvaltningen har förutsättningarna för styrningen av patientsäkerhetsarbetet blivit bättre, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

Hälso- och sjukvårdsdirektören planerar att patientsäkerhet ska vara en stående punkt på ledningsgruppsmötena fr.o.m. 2017. Som en följd av detta kan uppdrag avseende åtgärder för patientsäkerhet ges vid dessa möten. Dessa uppdrag ska även ibland kunna vara områdesövergripande.

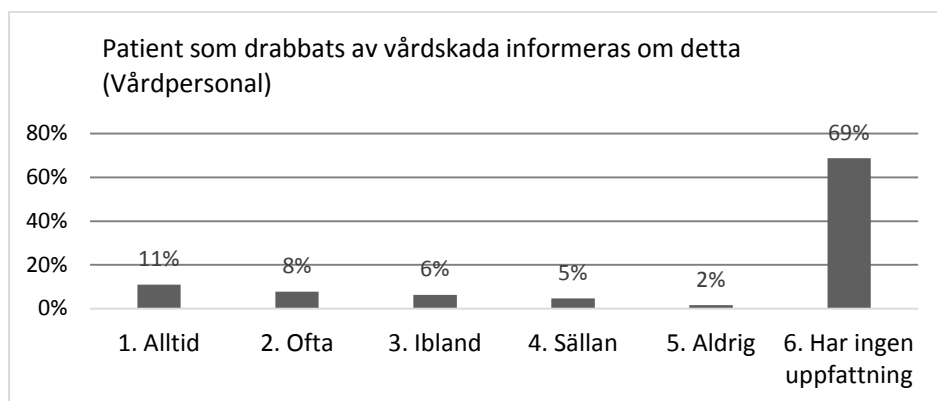
Övergripande rutiner och riktlinjer

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) ska vårdgivaren se till att det finns processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet i tillräcklig omfattning. Vi kan konstatera att rutiner finns för olika delar av patientsäkerhetsarbetet. Dock framkommer i intervjuer kritik mot att dessa rutiner ibland kan vara svåra att hitta och att sökbarheten därför borde förbättras.

Flertalet av cheferna i enkätundersökningen uppger att patientsäkerhetsarbetet i hög omfattning utgår från rutiner och riktlinjer. Dock är det enbart 19 % bland vårdpersonal som uppfattar att det finns en tydlig rutin för hantering av klagomål från patienter eller närstående (6). Nästan hälften av vårdpersonalen har emellertid valt svarsalternativet "ingen uppfattning". Enligt riktlinjen står det uttryckligen formulerat att all personal ska känna till och följa rutinen.



Enligt Patientsäkerhetslagen ska patienter alltid informeras om de råkat ut för en vårdskada (1). Dock är det enbart 19 % av vårdpersonalen som uppger att patienter alltid eller ofta informeras när de drabbats av vårdskada. 69 % har emellertid svarat att de inte har någon uppfattning.



Bedömning

- Den övergripande handlingsplanen uppges ha övertagit patientsäkerhetsstrategins roll som övergripande styrdokument. Då strategin, till skillnad mot den övergripande handlingsplanen, är fastställd av styrelsen, anser vi att den emellertid fyller en funktion som vårdgivarens övergripande planering av patientsäkerhetsarbetet. Då strategin funnits i tre år kan det vara lämpligt att den följas upp och revideras.
- Regionstyrelsen har inte fastställt uppföljningsbara mål i sin verksamhetsplan för 2016. Vår bedömning är därför att regionstyrelsens styrning av patientsäkerhets-

arbetet för 2016 inte till alla delar når upp till Patentsäkerhetslagens krav, då uppföljningsbara mål för patientsäkerhet ska fastställas av ansvarig nämnd. Inför 2017 har dock styrelsen fastställt ett mätbart mål om att andelen vårdskador ska minska.

- Den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet uppges vara det som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Planen innehåller 25 aktiviteter och mål. Vi anser att det finns en risk för att styrningen tappar fokus med allt för många aktiviteter och mål. Viss kritik har framkommit mot handlingsplanen som ett levande styrdokument. En revidering inför 2017 kommer dock att ske.
- Det finns processer och rutiner för patientsäkerhetsarbetet. Dock kan det finnas anledning att se över i vilken omfattning dessa rutiner och riktlinjer är kända inom vårdverksamheten. Detta med anledning av att en så pass stor andel av enkätbesvararna har valt svarsalternativet "ingen uppfattning".
- Enligt lag skall patienten informeras i de fall de drabbats av en vårdskada. Detta finns inskrivet i regionens rutin för avvikelshantering. Enligt enkätresultatet uppger drygt två tredjedelar av vårdpersonalen att de inte har någon uppfattning om patienter får denna information eller inte. Detta anser vi kan tyda på en brist i att ge patienter eller anhöriga denna information. Vi anser att verksamheten därför bör undersöka hur det förhåller sig och vid behov utbilda/informera vårdpersonal.
- Personalens engagemang uppges vara en framgångsfaktor för patientsäkerhetsarbetet. Enkätresultatet visar att personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet brister. Vi anser att delaktighet är en förutsättning för att få till ett engagemang. Åtgärder bör därför vidtas för att öka personalens delaktighet.

3.2 ANSVARFÖRDELNING OCH ORGANISERING

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 28§ (8) ska ledningen av hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. En del i denna organisering är att se till att det bl.a. finns verksamhetschefer i den omfattning som följer av verksamhetens inriktning och omfattning. Verksamhetschefen ansvarar inom sitt område för att tillgodose patientens trygghet och säkerhet i vården. Detta ansvar kan inte verksamhetschefen delegera till annan person, däremot kan verksamhetschefen uppdra det medicinska ledningsuppdraget till annan befattningshavare, inom regionen har dessa benämningen MLU.

MLU uppges vara en viktig förutsättning för verksamhetschefens ansvarstagande avseende kvalitet och patientsäkerhetsarbetet. En ny befattning som Medicinsk Lednings Ansvarig (MLA) har nyligen inrättats för att stödja områdeschefen (9). Den MLA vi intervjuat ansåg att ansvarsfördelningen mellan honom och verksamhetschefen var tydlig. Vilka uppgifter som MLA ska ha, avseende patientsäkerhetsarbetet, är dock fortfarande under utveckling.

Hälso- och sjukvårdsdirektören och chefläkaren betonar verksamhetschefens ansvar för patientsäkerhetsarbetet och de intervjuade verksamhetscheferna är väl medvetna om vad detta ansvar innebär.

Då alla verksamhetschefer inte är områdeschefer och representerade i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp har det nyligen inrättats ett eget forum för verksamhetscheferna. Område Patientsäkerhet har en stående punkt vid dessa möten för att informera om patientsäkerhet. Forumet uppges, av bl.a. chefläkaren, vara viktigt för att säkerställa och utveckla rollen som verksamhetschef, dock har närvaron vid dessa möten varit mycket bristfällig.

Brister i vetskapen om att vara t.f. verksamhetschef

Det skall alltid tydligt framgå vilka som är verksamhetschefer (8). En aktuell förteckning om detta skall föras (1). Om verksamhetschefen är frånvarande, t.ex. semester skall t.f. verksamhetschef utses. Enligt chefläkaren har brister avseende vem som är t.f. verksamhetschef framkommit i samband med att Lex Maria ärenden inom primärvården skulle handläggas.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, men inte på rätt nivå

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) ska vårdgivaren fördela ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren skall dokumentera och besluta om vem eller vilka som i vårdgivarens ställe skall utföra uppgifterna. Denna fördelning har inte styrelsen gjort. Däremot har hälso- och sjukvårdsdirektören fastställt en dokumentation om ansvaret för patientsäkerhetsarbetet (10).

Fortsatta brister i vårdgivarens kontrollansvar

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) har vårdgivaren ett ansvar att kontrollera att uppdrag fullgörs, att det finns processer och rutiner i tillräcklig omfattning och att dessa följs.

Enligt den dokumentation som hälso- och sjukvårdsdirektören fastställt avseende ansvarsfördelningen (10) är det område Patientsäkerhet som på övergripande nivå skall följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

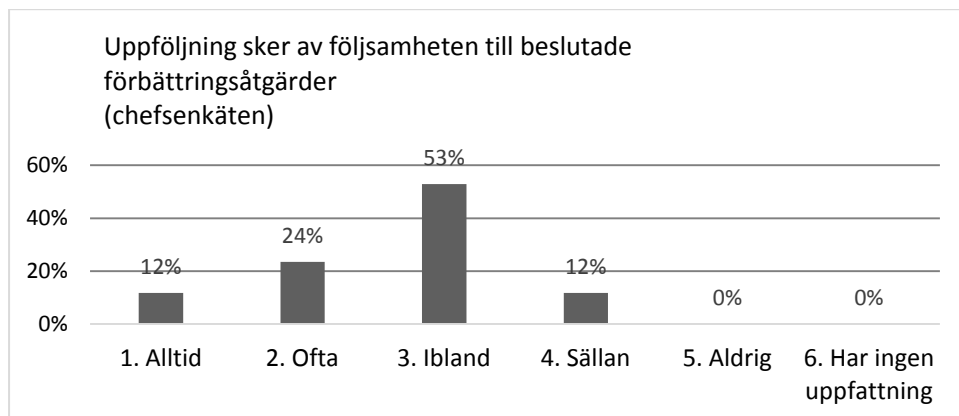
Tidigare granskningar av patientsäkerhetsarbetet (11) har visat på brister när det gäller vårdgivarens kontrollfunktion. Bristerna har bl.a. bestått i oklara riktlinjer och mandat för chefläkarna att efterfråga om åtgärder vidtagits efter Lex Maria ärenden. Enligt styrelsens svar på granskningen (LS/845/2012) skulle chefläkarna ges befogenheter att kunna efterfråga om åtgärder efter Lex Maria också införts. Denna granskning visar emellertid på att ingen förändring skett avseende chefläkarnas befogenheter.

Vi har också noterat i tidigare granskning att hygiensjuksköterskorna inte fått protokoll från enheternas egenkontroll av vårdhygien och därmed inte vet om egenkontroll genomförs eller om enhetscheferna glömt att skicka protokoll (12). Enligt styrelsens svar skulle hygiensjuksköterskornas kontrollfunktion tydliggöras. (RS/299/2015). Vi konstaterar även här att ingen förändring avseende detta har skett.

Enligt chefläkaren och hälso- och sjukvårdsdirektören pågår dock planer på att förändra område patientsäkerhets uppdrag, mot att få en tydligare controllerfunktion.

Brister i områdenas uppföljning av följsamheten till förbättringsåtgärder

I enkätresultatet framkommer brister i uppföljning av följsamhet till beslutade förbättringsåtgärder.

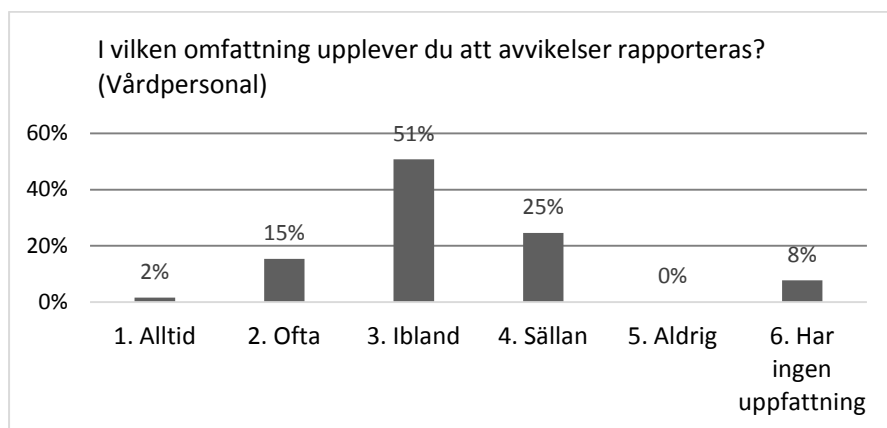


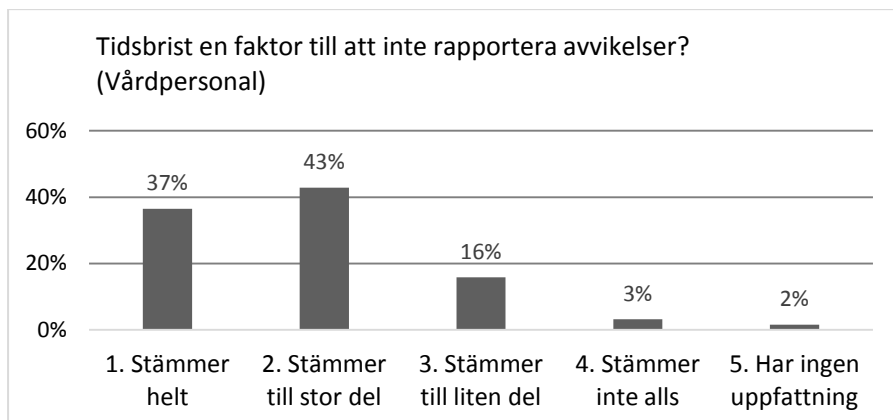
Bedömning

- Ledningen skall organiseras så den tillgodoser hög patientsäkerhet. I detta ingår att det alltid ska framgå vem som är verksamhetschef och även vem som är tillförordnad verksamhetschef. De rutiner som ska säkerställa detta har uppenbarligen inte fungerat och bör därför ses över.
- Det nyligen inrättade forumet för verksamhetschefer uppges fylla en viktig funktion för att säkerställa och utveckla verksamhetsrollen. Dock är närvaron mycket bristfällig. Vi anser att hälso- och sjukvårdsdirektören i högre grad måste tydliggöra vikten av att delta, samt att ge möjlighet till deltagande på distans för de verksamhetschefer där restiden kan utgöra ett hinder.
- Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, men fördelningen har inte fastställts på rätt nivå. Detta bör åtgärdas.
- Det är otillfredsställande att de åtgärder som uppgavs i styrelsen svar på tidigare granskning inte genomförts avseende chefläkarnas och hygiensjuksköterskornas befogenheter. Åtgärderna bör genomföras.
- I vårdgivarens kontrollansvar ingår att kontrollera följsamheten till beslutade processer och rutiner. När det gäller uppföljningen av följsamheten till beslutade åtgärder finns en förbättringspotential.

3.3 FÖRUTSÄTTNINGAR I FORM AV TID, KOMPETENSER, IT- STÖD ETC.

Enligt enkäten uppges tidsbrist för vårdpersonal vara det främsta skälet till att inte rapportera avvikelser. Samma skäl uppges av cheferna vara orsaken till att skjuta fram handläggningen av rapporterade avvikelser.





För att öka rapportbenägenheten har införandet av Gröna Korset nämnts av chefläkaren som en möjlig metod. Metoden innebär att enhetschefen vid varje morgonmöte tar upp frågan om det skett någon avvikelse senaste dygnet. Något beslut om att metoden ska införas har dock ännu inte fattats.

Handläggningen av avvikelser uppges av flertalet intervjuade vara tidsödande samtidigt som cheferna uppges vara överhopade med andra uppgifter. Det har därför förts diskussion om att bygga upp andra roller i avvikelshanteringens ex. utse ett ombud för cheferna för att handlägga avvikelser. Patientsäkerhetssamordnarna uppges att det ska formuleras tidsangivna mål kring påbörjad och avslutad handläggning av avvikelser, ex. att handläggning ska påbörjas inom en vecka.

Enligt patientsäkerhetssamordnarna finns det 850 oavslutade ärenden för perioden 2011-2015, vilket enligt samordnarna innebär en risk för att förebyggande åtgärder m.a.a. identifierade brister fördröjs, samt brister i kvalitén i statistikuttaget.

PATIENTSÄKERHETSSAMORDNARNAS KOMPETENSER NYTTJAS INTE OPTIMALT

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) skall de kompetenser som behövs bl.a. för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete finnas. Granskningen visar att det i stort sett finns de kompetenser som behövs för patientsäkerhetsarbetet, men att dessa kompetenser inte alltid nyttjas optimalt. Ett exempel på detta är patientsäkerhetssamordnarna som fått ägna sig åt att göra vissa patientskadetredningar som egentligen skulle ha genomförts av verksamhetsutvecklarna. Detta har resulterat i att det förebyggande patientsäkerhetsarbetet, som är en del av patientsäkerhetssamordnarnas ordinarie uppgifter, fått skjutas fram.

En anledning till den ovan nämnda problematiken är att det har varit stor omsättning bland verksamhetsutvecklarna under de senaste åren och att de nya inte hunnit införskaffa tillräcklig kompetens. Vissa områden saknar helt verksamhetsutvecklare vilket uppges vara ett stort avbräck för patientsäkerhetsarbetet, enligt intervjuer och kommentarer i enkätvaren. Rekrytering av verksamhetsutvecklare uppges dock pågå.

Enligt enkätresultatet och intervjuer fyller verksamhetsutvecklarna en viktig funktion för patientsäkerhetsarbetet.

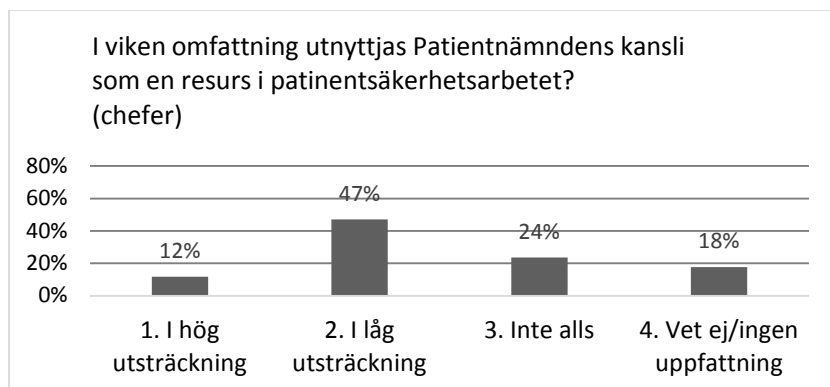
Ny organisation för verksamhetsutvecklarna

Verksamhetsutvecklarna, som tidigare benämndes vårdutvecklare, var tidigare organiserade inom respektive centrum. I och med att centrumorganisationen upphörde överfördes verksamhetsutvecklarna till regionstaben (9). Hur verksamhetsutvecklarnas uppdrag, or-

ganisering och styrning ska vara utformad var vid granskningstidpunkten fortfarande inte klart. Enligt patientsäkerhetssamordnarna har detta inneburit att utvecklingen av patient-säkerhetsarbetet till viss del avstannat under 2016.

Patientnämnden

Patientnämnden har länge haft ambitionen att deras erfarenheter ska kunna användas i patientsäkerhetsarbetet. Dock är det väldigt få i intervjuer och enkät som uppger att man nyttjar patientnämndens erfarenheter för detta ändamål.

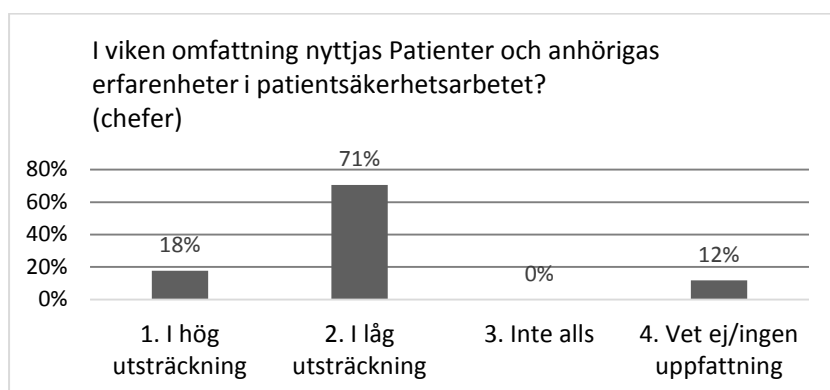


Patienter och anhöriga

Enligt patientsäkerhetslagen (1) skall vårdgivaren ge patienter och anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I den övergripande handlingsplanen finns en aktivitet som handlar om att involvera patienter i patientsäkerhetsarbetet (5).

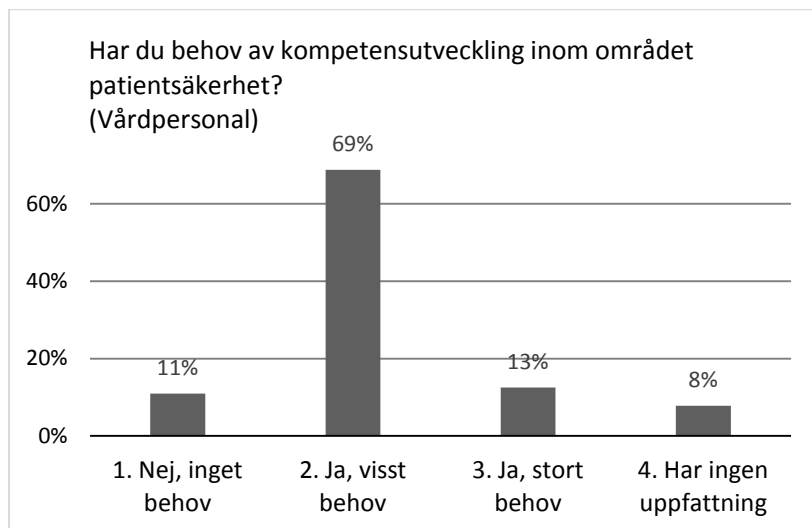
Enligt patientnämndens kansli ska patienter kunna användas som en resurs i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dessa att signalera när de ser att något är fel. Handläggarna vid patientnämndens kansli poängterar att patienter och anhöriga observerar ofta brister inom verksamheten som verksamheten kan ha nytta av i sitt patientsäkerhetsarbete.

Enligt enkätresultat används dock patienter och anhörigas som en resurs i patientsäkerhetsarbetet i väldigt begränsad omfattning.



Stort utbildningsbehov framkommer i enkätresultatet

Enligt patentsäkerhetssamordnarna är det få av personalen som kommer på patientsäkerhetsveckorna³. Enligt en områdeschef kan en orsak vara att det är svårt att planera så att vårdpersonal kan delta då vissa enheter har svårt med bemanning. Under 2016 genomfördes ingen patientsäkerhetsvecka.



Enligt patientsäkerhetsberättelsen för 2015 (13) lämnades ett förslag om att en obligatorisk utbildning bör genomföras för chefer och medarbetare. Enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören har detta diskuterats, men ännu inte verkställt.

Brister i avvikelserapporteringssystemet

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) och Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (14) ska det finnas ett system för avvikelserapportering. Återkommande synpunkter hos flertalet av de intervjuade är att avvikelserapporteringssystemet inte fungerar tillfredsställande. Det är framförallt handläggningen av rapporterade avvikelser som tar alltför lång tid och att det är svårt att sortera ut allvarigare avvikelser att prioritera i handläggningsförfarandet.

Avvikelse-systemets systemförvaltare uppger tidsbrist som skäl till att utvecklingen av systemet försenats. Anledningen är att han fått ägna en stor del av sin tid till systemadministration samt support till användarna av systemet i stället för utvecklingsarbetet. Det finns dock en organiserad administrationsverksamhet⁴ och supportorganisation⁵, men enligt systemförvaltaren har detta fungerat bristfälligt.

³ Tidigare års Patientsäkerhetsveckan har inneburit att medborgare under två dagar haft möjlighet att träffa olika aktörer inom vården. Patientnämnden, Regionens Patientlagskunniga, och 1177 fanns på plats för frågor och information. Vårdhygien visade vikten av god handhygien med den så kallade "handtvättsbelysningen" och smittskyddsläkaren svarade på frågor om influensavaccination. Det fanns också möjlighet att bekanta sig med hur ett virtuellt hälsorum ser ut och fungerar och man kunde genomföra egna hälsotester. För medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner fanns två dagar fullspäckade med olika föreläsningar inom delar av patientsäkerhetsområdet. Trots information om tid och utbud från ca 6 månader innan till detta erbjudande om gratis fortbildning var deltagandet från verksamheterna mycket lågt.

⁴ Centuri-administratörer (delsamordnare) dit chefer och andra användare skall vända sig i första hand vid behov av behörighetsadministration, uppläggning av dokumentmappar (kopplingsbegrepp), flyttning av felplacerade dokument med mera.

⁵ Supportfrågor kring avvikelserapporteringssystemet ska i första hand ställas till Helpdesk.

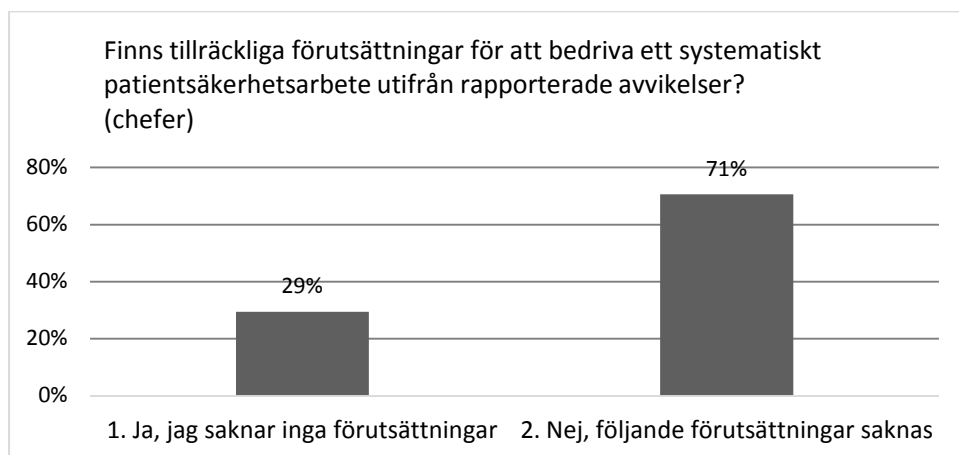
Region Jämtland/Härjedalen är ensam i landstingsvärlden om att använda Centuri som avvikelssystem och saknar därmed stöd av andra regioner eller landsting i utvecklingsarbetet.

En viss utveckling av systemet har dock gjorts under hösten 2016, men stora delar av utvecklingsarbetet återstår. Enligt systemförvaltaren har inte planerade anpassningar av databasen och statistikstöd genomförts då det ännu inte fattats beslut om Regionen fortsättningsvis ska använda Centuri som avvikelserapporteringssystem eller om byte till ett annat system ska göras.

Infektionsverktyget

Regionen har införskaffat ett s.k. infektionsverktyg för att förbättra uppföljningen av vårdrelaterade infektioner avseende de som behöver behandlas med antibiotika. I Comsic finns, enligt uppgift, en tvingande ruta att kryssa i om förskrivningen av ett recept med antibiotika är en konsekvens av en vårdrelaterad infektion. Det går att få ut statistik ut som underlag för förebyggande åtgärder. Enligt de intervjuade har man dock ännu inte börjat använda utdata från infektionsverktyget i förbättringsarbetet.

Överlag anser de chefer som ingår i enkätundersökningen att tillräckliga förutsättningar saknas för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete utifrån rapporterade avvikelser.



De förutsättningar chefer uppger sig sakna är framförallt tid och ett tillfredsställande avvikelserapporteringssystem.

Bedömning

- Att rapportera och handlägga avvikelser ska enligt lag göras. Tidsutrymme för detta måste finnas. En underrapportering medför brister i patientsäkerhetsarbetet, både avseende att enskilda händelser inte utreds, men också att statistikuttaget brister. För att öka benägenheten att rapportera rekommenderar vi att den nämnda metoden Gröna Korset övervägs och att införandet av ombud prövas för handläggningen av avvikelser.
- Att inte avvikelserapporteringssystem fungerar fullt ut är mycket otillfredsställande då detta ska vara grunden i egenkontrollen. Avvikelser, patientklagomål och ärenden från patientnämnden skall registreras och hanteras i avvikelserapporte-

ringssystemet. Utvecklingen av avvikelserapporteringssystemet har blivit framflyttat pga. systemutvecklaren blivit upptagen med frågor som supportorganisationen skulle kunna hantera. Då det enbart är vår Region Jämtland/Härjedalen som har Centuri som avvikelserapporteringssystem är det extra viktigt att systemutvecklaren får arbeta ostört. Det kan därför finnas anledning att överväga en översyn av supportverksamheten.

- Överväganden framkommer om det skall införskaffas ett nytt avvikelserapporteringssystem, eller om Regionen ska fortsätta använda Centuri. Innan beslut har fattats sker inget utvecklingsarbete. Vi anser att sådant beslut inte får dröja allt för länge, utan fattas snarast så att problematiken åtgärdas så fort som möjligt.
- Enligt enkätresultatet framkommer ett stort utbildningsbehov hos vårdpersonal inom patientsäkerhetsområdet. Enligt Patientsäkerhetslagen är personalens kompetens en förutsättning för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Vi rekommenderar därför att den planerade utbildningen inom patientsäkerhet prioriteras under 2017 och ett återinförande av patientsäkerhetsveckan övervägs.
- Upplevelsen bland de intervjuade är att det i stort sett finns de kompetenser som behövs, men att de inte alltid nyttjas optimalt. Detta beror delvis på effekter av organisatoriska förändringar, t.ex. förändringen av verksamhetsutvecklarnas organisationstillhörighet. Det är därför viktigt att organisationsarbetet kring verksamhetsutvecklarna slutförs, vilket också inkluderar hur styrningen av dessa skall utformas.
- Vi rekommenderar att patientnämndens kompetenser utnyttjas i högre utsträckning och att undersöka möjligheten att patienter och anhöriga blir en naturlig del i patientsäkerhetsarbetet. Genom att uppmuntra patienter att signalera sina iakttagelser kan risker identifieras.

3.4 UPPFÖLJNING, ANALYS OCH ÅTERRAPPORTERING

Patientsäkerhetsberättelsen är enligt de intervjuade den viktigaste dokumentationen när det gäller uppföljning, analys och återrapportering av patientsäkerhetsarbetet. Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast mars varje år ta fram en patientsäkerhetsberättelse (1). Syftet är dels att förstärka vårdgivarens kontroll över patientsäkerhetsarbetet och dels tillgodose informationsbehovet hos allmänheten. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och en beskrivning av vilka resultat som uppnåtts.

Chefen för område Patientsäkerhet redovisar patientsäkerhetsberättelsen till regionstyrelsen i februari varje år. Hon uppger dock att det kan finnas skäl att överväga om regionstyrelsen för sin kontrollfunktion borde informera sig om patientsäkerhetsarbetet vid fler tillfällen under året. Ordförande för regionstyrelsen anser dock att den information som regionstyrelsen får om patientsäkerhet är tillräcklig.

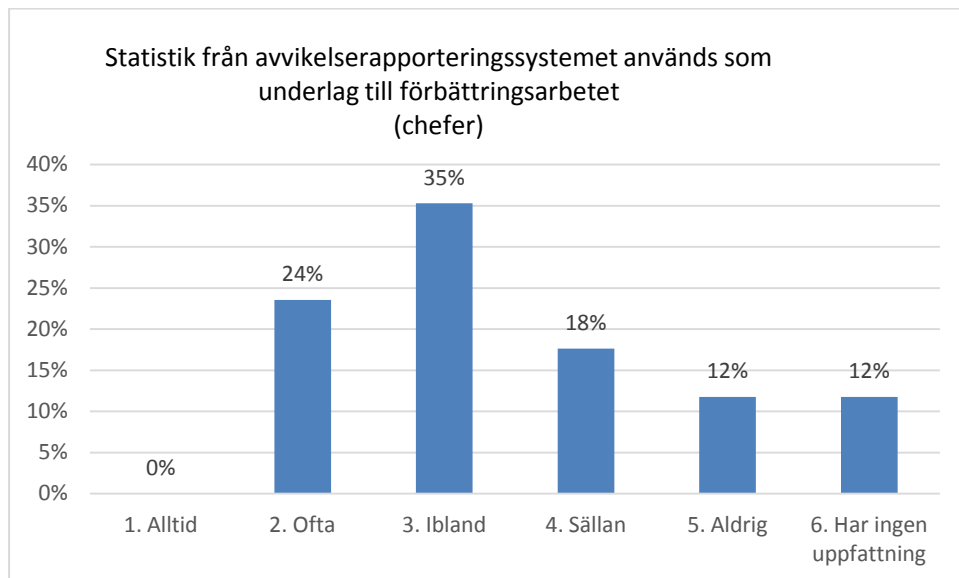
Enligt chefläkarna och patientsäkerhetssamordnarna är analysdelen ett förbättringsområde i patientsäkerhetsberättelsen. Chefläkaren anser att allt för lite tid tillägnas analysarbetet. Mycket av det som framkommer vid utredningar i samband med händelseanalyser skulle tillsammans med avvikelserapporter, journalgranskning m.m. kunna ligga till grund för en sammanhållen analys.

Chefen för område Patientsäkerhet tycker också att det finns behov av förbättringar när det gäller analyser, men anser inte att det gäller enbart analys av patientsäkerhetsberättelsen. Hon anser att verksamheterna bör göra analyser av sina mätresultat fortlöpande un-

der året och dokumentera dessa tillsammans med åtgärdsförslag. I den regionövergripande patientsäkerhetsberättelsen ska analyserna presenteras så att de kan läsas av allmänheten.

Underrapportering av avvikelser är ett problem för uppföljning och analys

En underrapportering och fördröjning av handläggning av avvikelserrapporter uppges vara ett problem för att utdata ska kunna användas på ett tillförlitligt sätt för uppföljning och analys av vårdskador. Statistik från avvikelserrapporteringssystemet används följaktligen i begränsad omfattning för analyser enligt enkätresultatet.



Fokus för uppföljning av vårdskador uppges i stället vara markörbaserad journalgranskning⁶.

Målet om att andelen vårdskador ska minska följs upp genom markörbaserad journalgranskning. För närvarande uppges dock underlag av journaler vara så pass begränsat att det kan vara svårt att dra mer långtgående slutsatser utifrån ett enskilt mättillfälle. Markörbaserad journalgranskning sker varje månad och det är framförallt över tid som slutsatser kan dras, enligt patientsäkerhetssamordnarna. I delårsbokslut per augusti 2016 redovisas uppföljning av minskningen av andelen vårdskador men det framgår inte att en förändring enbart går att utläsas över tid.

Uppföljning av den övergripande handlingsplanen

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören ska den övergripande handlingsplanen följas upp i månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut. Att detta ska ske framgår även av den övergripande handlingsplanen (5). Vi har dock inte kunnat verifiera att denna uppföljning ägt rum fullt ut, då aktiviteterna "avvikelser som avslutats inom 12 veckor" och "utskrivningsinformation och läkemedelsberättelse" inte återredovisats i delårsbokslutet per augusti 2016 (15).

⁶ Markörbaserad journalgranskning innebär att ett antal slumpvis utvalda journaler granskas utifrån markörer som indikerar att en vårdskada inträffat.

Regionstyrelsens verksamhetsplan

Regionstyrelsens framgångsfaktorer avseende patientsäkerhetsarbetet från verksamhetsplanen återredovisas som en lägesrapport i delårsbokslutet per augusti 2016. I delårsbokslutet saknas en fullständig återredovisning av målet från regiondirektörens verksamhetsplan.

Tidigare år har redovisning av vårdrelaterade infektioner funnits med i månadsrapporten. I månadsrapporterna redovisas dock ingenting längre om patientsäkerhet. Ordförande för regionstyrelsen anser att patientsäkerhet återigen ska ingå i månadsrapporterna.

Bedömning

- Enligt flera intervjuade finns det behov av att förbättra analysen i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser därför att åtgärder för att förbättra analysen bör vidtas.
- Åtgärder bör vidtas mot en underrapportering- och fördröjningen i handläggningen av vårdskador i avvikelserapporteringssystemet då detta medfört att kvalitén i utdata brister och inte används som underlag och analys.
- Målet om att andelen vårdskador ska minska följs upp genom journalgranskning. Dock uppges att underlaget idag är för litet för att kunna utläsa en förändring vid enskilda mättillfällen. Vi rekommenderar därför att underlaget utökas.
- Vi saknar en uppföljning av patientsäkerhet i månadsrapporten. Vi anser det är viktigt med ett kontinuerligt fokus på patientsäkerhetsarbetet, vilket delvis är syftet med månadsrapporterna.
- Enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören är det den övergripande handlingsplanen som styr patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå. Vi anser att det funnits brister i hur denna har följts upp. Vi rekommenderar styrelsen att förbättra uppföljningen, då en bra uppföljning i regel också medför en bättre styrning.

3.5 TILLVARATAGANDE AV RESULTATET AV UPPFÖLJNING OCH ANALYS

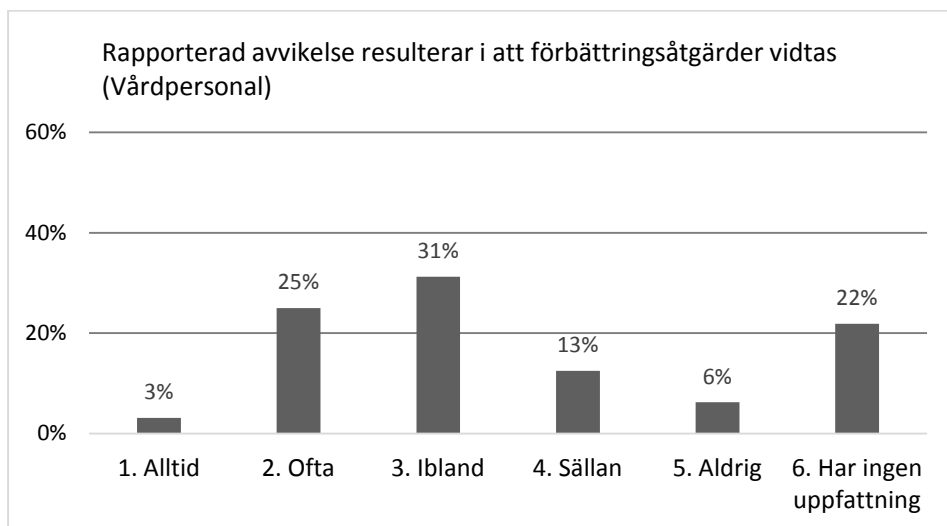
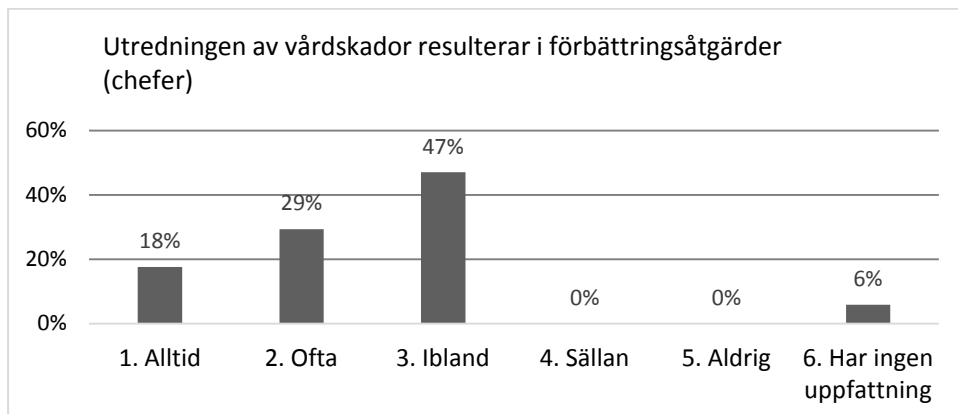
Enligt Patientsäkerhetslagen (1) skall vårdgivaren leda verksamheten så att god vård kan upprätthållas. Enligt Socialstyrelsens föreskrift (14) ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet och för att minska risken för att liknande vårdskador upprepas.

Vid allvarligare vårdskador skall en händelseanalys göras i vilken förbättringsåtgärder skall redovisas, men även vid mindre allvarliga avvikelser ska vidtagna åtgärder vidtas. Åtgärder kan också vidtas utifrån en samlad bild av flera avvikelser där systembrister kan framträda.

Enligt patientsäkerhetssamordnarna är en vanlig åtgärd att resultatet av handläggningen av en avvikelserapport återförs på arbetsplatsträffar (APT). I de fall detta är den enda åtgärden är det, enligt samordnarna, otillfredsställande som menar att enbart redovisa avvikelser på APT i regel inte leder till en förbättring.

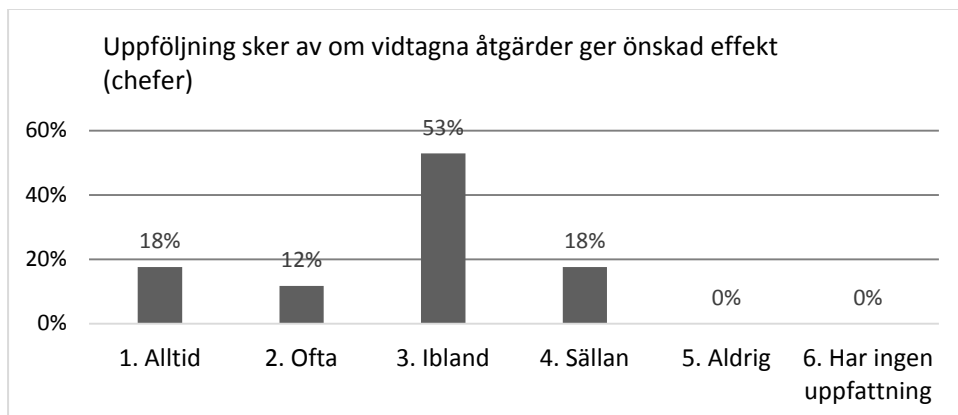
Utifrån intervjuer framkommer att det finns brister i att vidta åtgärder. Framförallt är det sådana åtgärder som framkommer utifrån uppföljning där det framkommit systembrister.

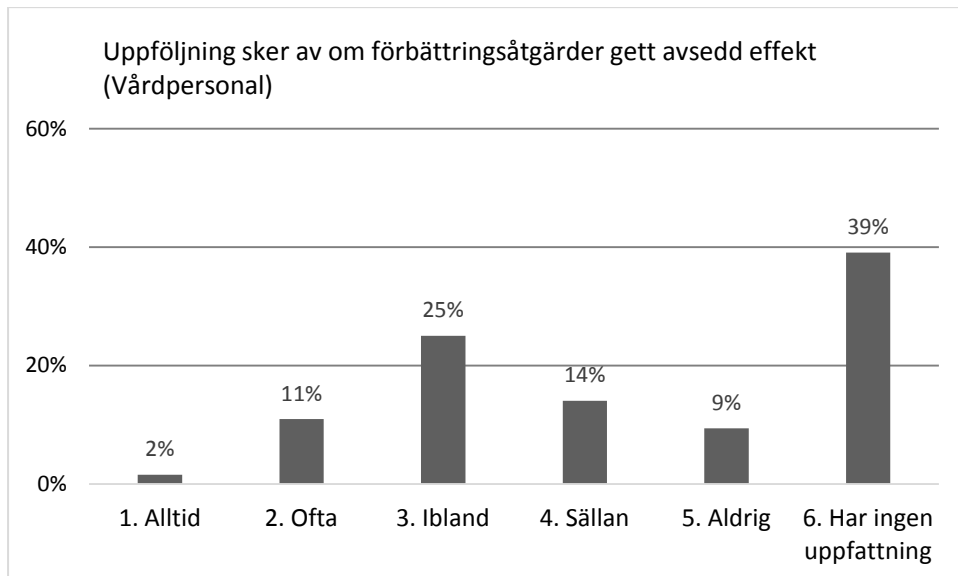
Av enkätundersökningarna framkommer att åtgärder inte alltid vidtas utifrån enskilda vårdskadeärenden. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören kan man inte alltid förvänta sig att åtgärder ska vidtas.



Brister i uppföljning av om åtgärden ger effekt

I ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är det viktigt att följa upp om den åtgärd som vidtagits gett avsedd effekt. Det är först då som man vet om det var rätt åtgärd som vidtogs (14). Denna del uppges av områdeschefen för område Akutvård är den svåraste i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.





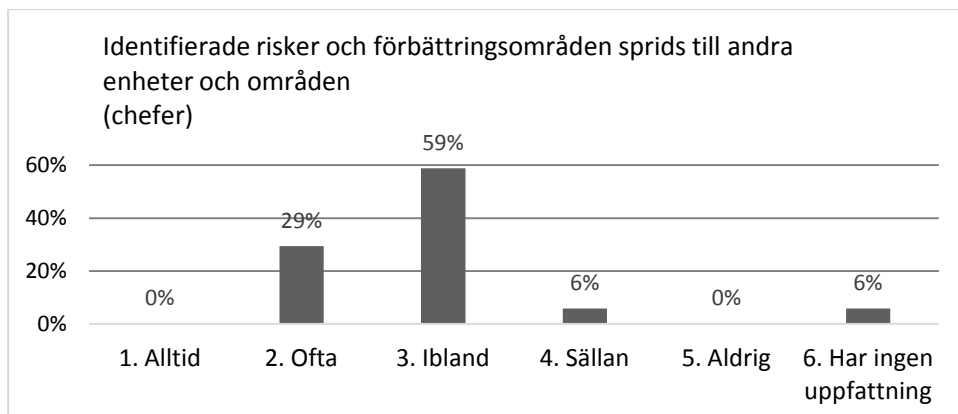
Bedömning

- Vår bedömning är att det finns en förbättringspotential när det gäller vidtagande av åtgärder efter redovisade avvikelser.
- För att veta om åtgärder medfört önskat resultat bör åtgärdens effekt följas upp. I granskningen framkommer att det inte sker någon regelmässig uppföljning. Detta är en brist i det systematiska patientsäkerhetsarbetet eftersom man då inte vet om rätt åtgärd vidtagits.

3.6 SPRIDNING AV RESULTATET FRÅN EGENKONTROLLEN

Enligt Patientsäkerhetslagen (1) begränsas inte ansvaret till att vidta åtgärder inom den egna verksamheten utan gäller generellt. Om en vårdgivare får vetskap om något som kan ha betydelse för andra verksamheter inom hälso- och sjukvården finns ett ansvar att sprida informationen till dessa delar.

Enligt flera av de intervjuade finns det en förbättringspotential när det gäller spridning av avvikelser inom sjukvården. Även enkätresultatet visar på en brist i spridningen.



Forum för spridning

I tidigare granskning uppmärksammade vi styrelsen på att det saknades ett naturligt forum för att sprida erfarenheter som framkom i vårdskadeutredningar (11). I styrelsens svar (LS/845/2012) framkom att MLU nätverket tillsammans med regionöverläkaren skulle kunna vara ett sådant forum. Enligt de intervjuade har MLU nätverket inte blivit ett sådant forum och det finns heller inga tankar om att detta nätverk skall bli ett naturligt forum för att sprida dessa erfarenheter.

Några nämner hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp som ett naturligt forum att sprida erfarenheter. En brist som chefen för område Patientsäkerhet påtalar när det gäller att sprida erfarenheter i denna gruppering är att alla verksamhetschefer inte är med i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

Några intervjuade nämner verksamhetschefgruppen som ett naturligt forum för att sprida erfarenheter från patientsäkerhetsarbetet, dock poängteras samtidigt att den bristande närvaron på dessa möten gör så att spridningen uteblir till stora delar.

Patientsäkerhetssamordnarna uppger att de saknar det nätverk av vårdutvecklare, numera verksamhetsutvecklare, man tidigare hade för att sprida erfarenheter.

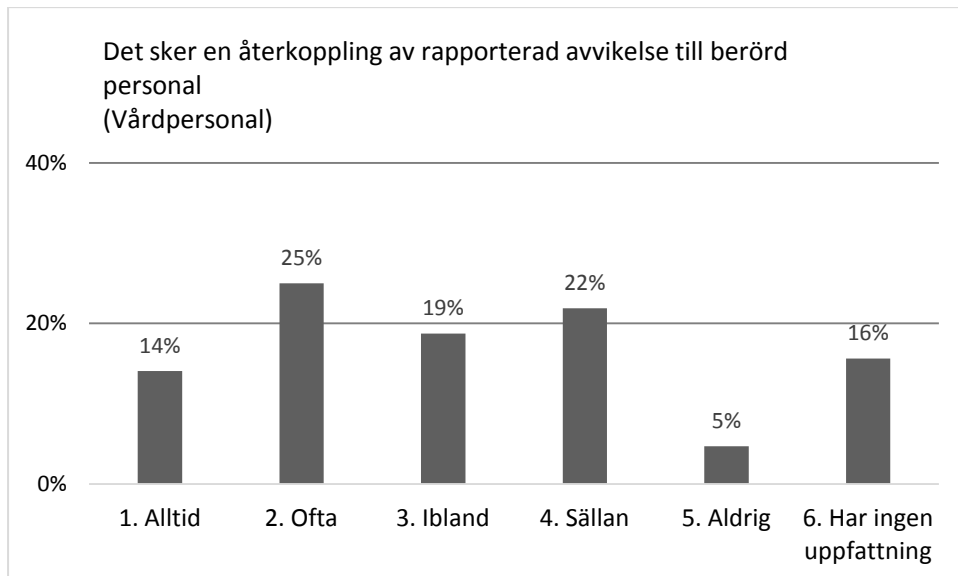
Utebliven respons från Norrlands Universitetssjukhus (NUS)

Ett särskilt problem som återkommande lyfts fram när det gäller spridning av erfarenheter är svårigheten att kommunicera avvikelser med NUS. I regel ger aldrig NUS respons på rapporterade avvikelser, vilket enligt de intervjuade är ett problem för att utveckla patientsäkerhetsarbetet.

ÅTERFÖRING AV RAPPORTERADE AVVIKELSER TILL BERÖRDA

Enligt rutin skall berörd chef återföra avvikelser på APT minst en gång per månad. På grund av att handläggningen är så pass eftersatt tar det allt för lång tid att återföra.

Enkätresultatet tyder på att återföringen brister. Det finns dock en skillnad i uppfattning mellan chef och vårdpersonal. Enligt patientsäkerhetssamordnarna finns en risk att benägenheten att rapportera avvikelser minskar i fall responsen uteblir. Enligt patientsäkerhetssamordnarna kan det upplevas meningslöst att rapportera ifall personalen inte ser att det leder fram till någon åtgärd. Denna uppfattning är kommer också fram i kommentarerna i enkäten.



Bedömning

- Det finns brister i spridningen av resultatet från egenkontrollen/patientsäkerhetsarbetet till andra enheter. Åtgärder för att förbättra spridningen bör vidtas.
- Återföring av rapporterade avvikelser till personalen brister. Åtgärder för att förbättra återföringen bör därför vidtas.
- Vi anser att regionen bör lyfta frågan om hur avvikelser sprids mellan NUS och övriga regioner och landsting då det uppenbarligen inte fungerar tillfredsställande. Många gånger är det i samband med vårdens övergångar som vårdskador inträffar.

4 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

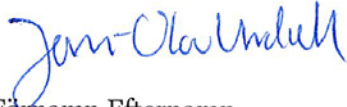
Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

5 SAMMANFATTNING AV REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Finns en tillfredsställande styrning av arbetet med egenkontroll i form av rutiner och riktlinjer?	Delvis	2016 brister styrningen, inför 2017 har förbättringar genomförts. Kännedom om vissa rutiner kan brista.
Finns en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med egenkontrollen?	Delvis	Ansvaret finns fördelat, men bör fastställas av styrelsen. Mandat för chefsläkare och hygienköterskor bör förtydligas. Oklar organiseringen av verksamhetsutvecklarna.
Finns tillfredsställande förutsättningar i form av tid, kompetenser, IT- stöd etc. för att tillgodose egenkontrollen?	Delvis	Kompetenser finns. Tid saknas. Brister i avvikelserapporteringsystemet. Stort utbildningsbehov inom patientsäkerhetsområdet.
Finns en tillfredsställande uppföljning och analys?	Delvis	Patientsäkerhetsberättelse finns, dock bör analysen förbättras. Det finns brister framförallt i uppföljning av om vidtagna åtgärder medfört önskad effekt.
Tillvaratas resultatet av uppföljning och analys på ett tillfredsställande sätt i planeringen av patientsäkerhetsarbetet?	Delvis	Enligt enkätresultat och intervjuer framkommer att åtgärder inte alltid vidtas, framförallt inte utifrån identifierade systembrister.
Sker en tillfredsställande återföring av rapporterade avvikelser till berörda?	Delvis	Det framkommer brister i återföringen till personal.
Sker en tillfredsställande spridning av resultatet från egenkontrollen till andra enheter?	Nej	Det saknas rutiner och forum för spridning.
Sker en tillfredsställande återrapportering av egenkontrollen, t.ex. i form av patientsäkerhetsberättelse?	Delvis.	Återrapportering sker i patientsäkerhetsberättelsen. Dock brister återrapportering i delårsbokslut och månadsrapport.

6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare:



Förnamn Efternamn
Certifierad revisor

Kvalitetssäkring:



Förnamn Efternamn
Revisionsdirektör

7 REFERENSER

1. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** *Patientsäkerhetslagen - en lag till skydd mot vårdskada.* u.o. : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN: 978-91-7864-216-8.
2. **Jämtlands läns landsting.** *Patientsäkerhetsstrategi.* 2014. LS/1410/2014.
3. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2016.* 2015. DNR: RS/496/2015.
4. —. *Revidering av Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtlands Härjedalens styrmodell (RS/101/2015).* 2016. Regionfullmäktige § 146/2016.
5. —. *Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016-2018.* 2015. Reg.nr. i Centuri: 25335-2.
6. —. *Handläggning av klagomål.* 2016. Reg. nr. i Centuri: 292002-1.
7. —. *Avvikelsehantering inom Region Jämtland Härjedalen.* 2015. Reg. nr. i Centuri: 13687-3.
8. **Lars-Åke Johnsson, Jan-Sahlin.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* u.o. : Nordsteds Juridik AB, 2010. ISBN: 978-91-39-11122-1.
9. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Beslut om organisation inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2016-01-01.* 2015. DNR: RS/1379/2015.
10. —. *Fördelning av ansvar för patientsäkerhetsarbete.* 2016. Reg. nr. i Centuri: 16346-4.
11. **Jämtlands läns landsting.** *Förstudie av Lex Maria Ärenden.* 2012. Dnr:Rev/3/2012.
12. —. *Förstudie av kvalitet i vården - vårdrelaterade infektioner.* 2014. Dnr:REV/22/2014.
13. **Region Jämtland/Härjedalen.** *Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen.* Reg.nr. i Centuri: 28874-1.
14. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd.* 2012. ISBN:978-91-87169-50-2.
15. **Region Jämtland Härjedalen.** *Region Jämtland Härjedalen - Delårsbokslut 2016.* 2016.

8 BILAGA ENKÄTRESULTAT - VÅRDPERSONAL

Har du rapporterat någon avvikelse de senaste två åren?	Procent
1. Ja	71%
2. Nej	25%
3. Minns ej	5%
Totalt	100%
Medelvärde	
Anser du att det är tydligt vad som ska rapporteras som avvikelse? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	Procent
1. Ja, det är tydligt	58%
2. Nej, till vissa delar otydligt	38%
3. Har ingen uppfattning	3%
Totalt	100%
Medelvärde	
I vilken omfattning upplever du att avvikelser rapporteras?	Procent
1. Alltid	2%
2. Ofta	15%
3. Ibland	51%
4. Sällan	25%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	100%
Medelvärde	
Ange i vilken omfattning du upplever att följande faktorer påverkar benägenheten att rapportera avvikelser.	Procent
4.1 Tidsbrist	
1. Stämmer helt	37%
2. Stämmer till stor del	43%
3. Stämmer till liten del	16%
4. Stämmer inte alls	3%
5. Har ingen uppfattning	2%
Totalt	100%
Medelvärde	
4.2 Osäkerhet om vad som ska rapporteras	
1. Stämmer helt	3%
2. Stämmer till stor del	21%
3. Stämmer till liten del	41%
4. Stämmer inte alls	27%
5. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	100%
Medelvärde	
4.3 Det är omständligt och krångligt att rapportera	
1. Stämmer helt	10%
2. Stämmer till stor del	24%
3. Stämmer till liten del	35%
4. Stämmer inte alls	24%
5. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	100%

Medelvärde	
4.4 Att rapportera skulle kunna medföra negativa konsekvenser för mig	
1. Stämmer helt	2%
2. Stämmer till stor del	8%
3. Stämmer till liten del	16%
4. Stämmer inte alls	65%
5. Har ingen uppfattning	10%
Totalt	100%
Medelvärde	
4.5 Bristande återkoppling på tidigare rapporterad avvikelse	
1. Stämmer helt	14%
2. Stämmer till stor del	21%
3. Stämmer till liten del	32%
4. Stämmer inte alls	21%
5. Har ingen uppfattning	13%
Totalt	100%
Medelvärde	
I vilken omfattning upplever du att följande påståenden stämmer.	
(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	
	Procent
6.1 Det sker en återkoppling av rapporterad avvikelse till berörd personal	
1. Alltid	14%
2. Ofta	25%
3. Ibland	19%
4. Sällan	22%
5. Aldrig	5%
6. Har ingen uppfattning	16%
Totalt	100%
Medelvärde	
6.2 Rapporterad avvikelse resulterar i att förbättringsåtgärder vidtas	
1. Alltid	3%
2. Ofta	25%
3. Ibland	31%
4. Sällan	13%
5. Aldrig	6%
6. Har ingen uppfattning	22%
Totalt	100%
Medelvärde	
6.3 Uppföljning sker av om förbättringsåtgärder gett avsedd effekt	
1. Alltid	2%
2. Ofta	11%
3. Ibland	25%
4. Sällan	14%
5. Aldrig	9%
6. Har ingen uppfattning	39%
Totalt	100%
Medelvärde	
6.4 Patient som drabbats av vårdskada informeras om detta	
1. Alltid	11%
2. Ofta	8%
3. Ibland	6%

4. Sällan	5%
5. Aldrig	2%
6. Har ingen uppfattning	69%
Totalt	100%
Anser du att det finns tydliga rutiner för hantering av klagomål från patienter eller närstående?	
(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	
Procent	
1. Ja, rutinerna är tydliga	19%
2. Nej, rutiner finns, men de är otydliga	20%
3. Nej, rutiner saknas	14%
4. Har ingen uppfattning	47%
Totalt	100%
Medelvärde	
Ange i vilken omfattning du känner dig delaktig i patientsäkerhetsarbetet på en skala till 1-5.	
1 = inte alls och 5 = i hög omfattning.	
Procent	
1. 5 - delaktig i hög omfattning	16%
2. 4	22%
3. 3	39%
4. 2	13%
5. 1 - inte alls delaktig	11%
Totalt	100%
Medelvärde	
Har du behov av kompetensutveckling inom området patientsäkerhet?	
(Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	
Procent	
1. Nej, inget behov	11%
2. Ja, visst behov	69%
3. Ja, stort behov	13%
4. Har ingen uppfattning	8%
Totalt	100%
Medelvärde	

Kommentarer från enkäten – vårdpersonal

Finns övriga faktorer som påverkar benägenheten att rapportera avvikelser? Om ja, ange i textrutan:
1.
Trots långa och idoga försök att minska individers inflytande och betydelse i vården har de ännu inte i allt ersatts av rutiner och algoritmer. De flesta misstag som sker verkar bero dels på orutinerad personal, dels på tidsbrist. Det tycks mig meningslöst att rapportera avvikelser, ty resultatet av detta kommer sannolikt inte att åtgärda grundproblemet med stressad arbetssituation samt otillräcklig erfarenhet och/eller handledning.
Rädsla för att någon ska bli utpekad.
För dålig återkoppling konstant!
Nej. Det är så stressat och pressat arbetsmässigt att kontakten med patienter och övrigt arbete som måste göras går före Avvikelse-rapportering. Inte konstigt alls. Men tragiskt. Att inte ledningen kan räkna ut matematiken: resurs-behov i relation till växande åtaganden.

Jag tror att man upplever att det ej leder någonstans (brist på återkoppling bland annat).
För många fält som ska fyllas i. Patientens personnummer måste fyllas i fast det inte är relevant.
Man skulle kunna skriva mer avvikelser om det fanns mer tid för det. En del blir nog bortglömda.
Det leder inte till något

Anser du att det är tydligt vad som ska rapporteras som avvikelse? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)
Det känns som det är lite godtyckligt vad kollegor anser är en avvikelse eller ej
Vilken information som önskas
främst vad som gäller Cosmic relaterade ärende

9 BILAGA - RESULTATET AV CHEFSENKÄTEN

Ange vad som ger Dig ett bra underlag för styrning av hur patient-säkerhetsarbetet ska bedrivas inom Din enhet/område? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan till höger i tabellen. Om Du anger annan styrning, ange då i vilken utsträckning och vad det är för styrning)	Procent
1.1 Patientsäkerhetsstrategin	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	35%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.2 Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet	
1. I hög utsträckning	41%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.3 Områdets/enhetens verksamhetsplan	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.4 Ditt chefsuppdrag	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.5 Regionövergripande rutiner och riktlinjer	

1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.6 Patientsäkerhet tas upp vid ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	76%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
1.7 Annan styrning, nämligen	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	59%
Totalt	100%
Medelvärde	
Hur styr Du patientsäkerhetsarbetet inom Din område/enhet? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan. Om Du anger annan styrning ange då i vilken utsträckning och vad det är för styrning)	Procent
2.1 Daglig styrning på enheten	
1. I hög utsträckning	59%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	29%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
2.2 Tar upp patientsäkerhet på APT	
1. I hög utsträckning	71%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
Medelvärde	
2.3 Tar upp patientsäkerhet på ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	59%
2. I låg utsträckning	35%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
2.4 Utarbetar rutiner och riktlinjer som är specifika för området/enheten	
1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	

2.5 Annan styrning, nämligen	
1. I hög utsträckning	12%
2. I låg utsträckning	12%
3. Inte alls	12%
4. Vet ej/ingen uppfattning	65%
Totalt	100%
Medelvärde	
I vilken omfattning stämmer följande påståenden? (Du har möjlighet att lämna kommentar om tillvägagångssätt i textrutan)	
Procent	
3.1 Vårdskador rapporteras som avvikelser	
1. Alltid	53%
2. Ofta	35%
3. Ibland	12%
4. Sällan	0%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.2 Patienter informeras om de drabbats av vårdskada	
1. Alltid	41%
2. Ofta	29%
3. Ibland	6%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.3 Det sker en återkoppling av rapporterade avvikelser till berörd personal	
1. Alltid	29%
2. Ofta	47%
3. Ibland	18%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.4 Utredningen av vårdskador resulterar i förbättringsåtgärder	
1. Alltid	18%
2. Ofta	29%
3. Ibland	47%
4. Sällan	0%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.5 Uppföljning sker av följsamheten till beslutade förbättringsåtgärder	
1. Alltid	12%
2. Ofta	24%
3. Ibland	53%
4. Sällan	12%
5. Aldrig	0%

6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.6 Uppföljning sker av om vidtagna åtgärder ger önskad effekt	
1. Alltid	18%
2. Ofta	12%
3. Ibland	53%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.7 Identifierade risker och förbättringsområden sprids till andra enheter och områden	
1. Alltid	0%
2. Ofta	29%
3. Ibland	59%
4. Sällan	6%
5. Aldrig	0%
6. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
Medelvärde	
3.8 Statistik från avvikelserapporteringsystemet används som underlag till förbättringsarbete	
1. Alltid	0%
2. Ofta	24%
3. Ibland	35%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	12%
6. Har ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
Medelvärde	
Finns tillräckliga förutsättningar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån rapporterade avvikelser? (Om nej, ange i textrutan vad som saknas.)	Procent
1. Ja, jag saknar inga förutsättningar	29%
2. Nej, följande förutsättningar saknas	71%
Totalt	100%
Hur väl stämmer följande påstående överens om din uppfattning om verksamhetsutvecklarnas, MLU och MLA roll och ansvar i patientsäkerhetsarbetet?	Procent
(Du har möjlighet att kommentarer i textrutan till höger i tabellen)	
6.1 Verksamhetsutvecklaren ger mig ett tillräckligt stöd i patientsäkerhetsarbetet	
1. Instämmer helt	29%
2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	12%
5. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
6.2 Verksamhetsutvecklarens uppdrag och ansvar i patientsäkerhetsarbetet är tydligt	
1. Instämmer helt	18%

2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	18%
4. Instämmer inte alls	12%
5. Har ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
6.3 MLU resp MLA ger mig tillräckligt stöd i patientsäkerhetsarbetet	
1. Instämmer helt	18%
2. Instämmer till stor del	41%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	24%
5. Har ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
6.4 MLU resp MLA uppdrag och ansvar i patientsäkerhetsarbetet är tydligt	
1. Instämmer helt	18%
2. Instämmer till stor del	35%
3. Instämmer till liten del	12%
4. Instämmer inte alls	18%
5. Har ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
I vilken utsträckning nyttjas följande resurser i patientsäkerhetsarbetet? (Beskriv gärna hur i textrutan)	Procent
7.1 Område Patientsäkerhet (tidigare patientsäkerhetsenheten)	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
7.2 Patientnämndens kansli	
1. I hög utsträckning	12%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	24%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
7.3 Patienter och anhöriga	
1. I hög utsträckning	18%
2. I låg utsträckning	71%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
Hur dokumenteras de förbättringsåtgärder som syftar till att öka patientsäkerheten? (Om Du anger på annat sätt ange då i vilken utsträckning och hur)	Procent
8.1 APT- protokoll	
1. I hög utsträckning	65%
2. I låg utsträckning	18%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
Medelvärde	
8.2 Minnesanteckningar från ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	47%

2. I låg utsträckning	41%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	12%
Totalt	100%
Medelvärde	
8.3 I avvikelse- rapporteringssystemet	
1. I hög utsträckning	76%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
8.4 Annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	29%
2. I låg utsträckning	6%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	59%
Totalt	100%
Hur dokumenteras uppföljningen av förbättringsåtgärderna avseende följsamhet och/eller effekt? (Om Du anger på annat sätt, ange då i vilken utsträckning och hur)	Procent
9.1 APT- protokoll	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	29%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	29%
Totalt	100%
Medelvärde	
9.2 Minnesanteckningar från ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	35%
2. I låg utsträckning	47%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
Medelvärde	
9.3 Annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	24%
2. I låg utsträckning	0%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	71%
Totalt	100%
Medelvärde	
Hur återrapporteras patientsäkerhetsarbetet avseende vidtagna åtgärder och resultat? (Om Du anger på annat sätt, ange då i vilken utsträckning och hur)	Procent
10.1 I patient- säkerhetsberättelsen	
1. I hög utsträckning	53%
2. I låg utsträckning	24%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	18%
Totalt	100%
Medelvärde	

10.2 I delårsbokslut och årsbokslut	
1. I hög utsträckning	47%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	0%
Totalt	100%
Medelvärde	
10.3 Vid ledningsmöten	
1. I hög utsträckning	41%
2. I låg utsträckning	53%
3. Inte alls	0%
4. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	100%
Medelvärde	
10.4 På annat sätt, nämligen	
1. I hög utsträckning	24%
2. I låg utsträckning	0%
3. Inte alls	6%
4. Vet ej/ingen uppfattning	71%
Totalt	100%
Får Du tillfredsställande respons på din återrapportering av patientsäkerheten? (Du har möjlighet att lämna kommentarer i textrutan)	Procent
1. Alltid	12%
2. Ofta	35%
3. Ibland	29%
4. Sällan	18%
5. Aldrig	0%
6. Vet ej/ingen uppfattning	6%
Totalt	100%

Kommentarer från chefsenkäten

Finns tillräckliga förutsättningar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån rapporterade avvikelser? (Om nej, ange i textrutan vad som saknas.)
2. Nej, följande förutsättningar saknas
Vi har saknat vårdutvecklare i snart 1 år.
Den ständiga bemannings, rekryterings- och inskolningsverksamheten tar allt för mycket energi. Vid sjukfrånvaro rycks de ssk som skulle hjälpa mig utveckla till "golvet"
Resurs och Tid för sammanställning med klassificeringar saknas eller är otillräcklig, det finns bristande underlag för att göra analyser
Bristande avvikelssystem
tidsbrist och ett system som är långsamt
Eg saknas inte förutsättningarna - men som ny chef ärver jag ingen befintlig utarbetad struktur (saknas) utan detta är ngt som vi måste bygga upp på området framöver.
Tid
Avvikelsesystemet i Centuri är långsamt, krångligt och saknar möjlighet att skicka en fråga tillbaka till rapportören. Det är för många klassificeringsrutor. Om tid används för att hantera systemet rätt finns ingen tid kvar för att åtgärda problemen i praktiken. För många anställda medarbetare per chef omöjliggör ett bra patientsäkerhetsarbete.
Tidsbrist

Jag behöver lära mig mera ang. detta.
Avvikelsesystemet i Centuri är allt för långsamt Ibland saknas tid.
Problem att veta vart/vem man ska skicka när det gäller avvikelser inom RoR-vård. Då återkopplingen inte heller alltid kommer.
Avvikelserapporteringen i Centuri är inte bra. tar lång tid att handlägga och är krångligt och svårt att få en bra överblick. Går inte presentera data på ett bra sätt.
Tid