

# Granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete

**Region Gävleborg**

Augusti 2024

*Cecilia Claudelin*

*Johanna Larsson*

*Louise Tornhagen, certifierad kommunal revisor*

*Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg genomfört en granskning av systematiskt patientsäkerhetsarbete. Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att hälso- och sjukvårdsnämnden **till övervägande del** säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. Bedömningsskalan som har använts är en 4-gradig skala "ej uppfyllt", "i begränsad utsträckning", "till övervägande del" eller "helt uppfyllt".

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten.

Revisionsfrågor	Bedömning
Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?	Till övervägande del  Det finns kompetens och resurser för analys på kliniknivå, verksamhetsområde samt delvis på stabsnivå. Det saknas inom vissa områden möjlighet till analys på aggregerad nivå vilket påverkar möjligheten att vidta åtgärder om brister uppstår. Vidare bedöms det vara en brist att tjänsten som hygienläkare är vakant vilket kan resultera i minskade förutsättningar att delta i nationella forum och förmåga att nå vissa personalkategorier.
Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?	Till övervägande del  Till övervägande del används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor. Vissa system är inte kompatibla med varandra vilket försvårar användning. Det ses som en brist att det saknas ett validerat system för mätning av BHK samt att det inte genomförs en enhetlig mätning. Vilket kan resultera i svårigheter att jämföra och se skillnader mellan olika enheter. Det pågår arbete med att implementera en patientsäkerhetsmodul i kvalitetsledningssystemet Stratsys.
Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa	I begränsad utsträckning

## Revisionsfrågor

## Bedömning

upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?

Strategi för ökad patientsäkerhet beskriver uppföljning, analys, rapportering av utfall samt åtgärder. Hälso- och sjukvårdsnämnden har behandlat regionens patientsäkerhetsberättelsen som ett informationsärende utan beslut om att godkänna den. Brister i uppföljning riskerar att minska nämndens möjligheter att vidta adekvata åtgärder. Det noteras att resultaten för både VRI och BHK inte ligger inom uppsatta mål vilket tyder på att insatta åtgärder inte givit de resultat som önskas. En delårsrapport för patientsäkerhet är under implementering i regionen för att bättre följa området. Dock anses det vara en brist att nämnden inte planeras ta del av delårsrapport för patientsäkerhet för att ge förutsättningar för ett gemensamt och analysbaserat lärande med långsiktiga effekter. Återkoppling av resultat och uppföljning bedöms ske systematiskt i verksamheterna.

Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?

I begränsad utsträckning

Det finns en styrning mot ökad patientdelaktighet men det framgår att arbetet inte är systematiskt. Det finns brister i patientdelaktigheten avseende förändringsarbeten i verksamheterna. Det finns rutiner för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med oönskad händelse och de involveras vid återkoppling av utredningar/händelseanalyser.

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Tillse att det finns kompetens och resurser att analysera ansvarsområdena inom vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler och trycksår.
- Tillse att årlig patientsäkerhetsberättelse följs upp politiskt på ett tydligt sätt. Detta för att stärka uppföljningen av patientsäkerhetsområdet till hälso- och sjukvårdsnämnden i syfte att öka förutsättningarna att vidta åtgärder vid brister.
- Tillse att patienter och närstående involveras mer i förbättringsarbete.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	<b>5</b>
<b>Revisionskriterier</b>	<b>5</b>
<b>Avgränsning</b>	<b>5</b>
<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>Granskningsresultat</b>	<b>7</b>
<b>Kompetens och resurser för analys</b>	<b>7</b>
<b>Verktyg och information för att utveckla metoder och lärande</b>	<b>9</b>
<b>Systematiskt arbete för att återkoppla och följa upp åtgärder</b>	<b>11</b>
<b>Involvering av patienter och närstående</b>	<b>15</b>

# Inledning

## Bakgrund

Varje år drabbas uppskattningsvis 100 000 patienter av vårdskador. Socialstyrelsen har tagit fram en Nationell handlingsplan för att stärka och samordna arbetet med patientsäkerhet. Målet är att ingen patient ska behöva drabbas av någon vårdskada. Fyra grundläggande förutsättningar har identifierats för det fortsatta arbetet: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare. Patientsäkerhet är ett ansvar för politiker samt ledning och chefer på alla nivåer i vårdens organisation.

Det föreligger enligt Socialstyrelsen en ökad risk för vårdskador framför allt för utlokaliserade patienter men även vid överbeläggningar. Under 2020 minskade överbeläggningarna nationellt sett men ökade återigen under 2022. Frekvensen vårdskador är 60-70 procent högre för utlokaliserade patienter enligt hälso- och sjukvårdsrapporten 2022 - lägesbild.

År 2020 och 2021 var andelen personal som korrekt följde grundläggande hygienrutiner och klädregler klart över tidigare års resultat enligt nationella siffror. År 2022 gick siffran återigen ner något. Enligt Vården i siffror finns starka ekonomiska skäl för en förbättrad patientsäkerhet då medelvårdtiden fördubblas för en patient med vårdrelaterad infektion jämfört med en patient utan vårdrelaterad infektion.

Uppföljning, utvärdering och analys behövs för att säkra vården och ge ett kunskapsunderlag in i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det bidrar även till att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården. Det kan också ge ökad riskmedvetenhet och ett mer förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Region Gävleborg har en nollvision när det gäller strategiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att ingen patient ska behöva drabbas av en skada som hade kunnat undvikas.

I mätningen i "Vården i siffror", i snitt över 2023, ligger Region Gävleborg något lägre än rikssnittet i antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård (1,8 i Gävleborg mot rikets 2,2). Antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård var något lägre än rikssnittet i snitt över 2023 (4,3 i Gävleborg mot rikets 6,7). Siffrorna för utlokaliserade patienter men även för överbeläggningar varierar mellan månaderna.

Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv fortsätter Region Gävleborg arbetet med att i så stor utsträckning som möjligt förebygga och minska antalet vårdskador. Av Region Gävleborgs delårsrapport 2023 framgår att hälso- och sjukvården har som mål att minska andelen patienter med vårdskador med särskilt fokus på vårdrelaterade infektioner. Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner ligger på 9,7 procent vilket

är högre än målvärde. Företrädare för hälso- och sjukvårdsnämnden har även identifierat denna risk.

Region Gävleborg har valt ut fyra prioriterade områden de kommer arbeta mer med inom patientsäkerhet och det är vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, basala hygienrutiner och klädregler (BHK) samt läkemedel. Enligt nationella PPM trycksår 2023 ligger Gävleborg på 11,2 procent i andel patienter i slutenvård som har minst ett trycksår mot riket 13,7 procent. Andel personal som korrekt följer grundläggande hygienrutiner och klädregler är 81,2 % mot riket 76,9 %. Gävleborg har ett målvärde på 95 % följsamhet.

Revisorerna har mot bakgrund av detta och utifrån väsentlighet och risk beslutat att granska patientsäkerheten i regionen. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2024.

### **Syfte och revisionsfrågor**

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbetet som bygger på analyser, lärande och utveckling av säker vård.

- Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?
- Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?
- Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?
- Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?

### **Revisionskriterier**

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

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens publikation "Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024."
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 4 kap., 5 kap. och 7 kap.
- Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap. och 6 kap.
- Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6 §
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

### **Avgränsning**

Granskningen avser det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Region Gävleborg gällande vårdskador inom slutenvården. Granskningen har avgränsats vidare till det övergripande arbetet som genomförts inom området patientsäkerhet på regionnivå samt det övergripande arbetet vid tre utvalda kliniker. Vid avgränsning och urval av kliniker har hänsyn tagits till förekomst av hög respektive låg förekomst av VRI och trycksår.

Granskningen har avgränsats till följande kliniker:

- Avdelning 7 Medicinavdelning i Hudiksvall
- Strokeavdelningen i Gävle
- Kirurgisk akutvårdsavdelning i Gävle

Granskningen omfattar inte primärvården.

### **Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier, protokollsgenomgång samt analys av statistik inom området.

Totalt har 7 intervjuer, med sammanlagt 12 personer, genomförts genom videomöte.

Intervjuer har genomförts med:

- stabschef för hälso- och sjukvård
- företrädare för Patientsäkerhet och Vårdkvalitet
- företrädare för Vårdhygien
- företrädare för Avdelning 7 Medicinavdelning, Hudiksvall
- företrädare för strokeavdelningen, Gävle
- företrädare för kirurgisk akutvårdsavdelning, Gävle

Granskningen bygger på information som erhållits under perioden 2024-01–2024-04. Protokoll från hälso- och sjukvårdsnämnden har granskats för perioden april 2023-april 2024 för att fånga nämndens uppföljning och eventuella åtgärder under en 12-månadersperiod. Det som sker efter maj 2024 har det inte tagits hänsyn till i rapporten.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Rapporten är kvalitetssäkrad av Louise Tornhagen, certifierad kommunal revisor, och Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

# Granskningsresultat

## Kompetens och resurser för analys

*Revisionsfråga 1: Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?*

### *lakttagelser*

I *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024* är ett fokusområde att stärka analys, lärande och utveckling.

I Region Gävleborg ligger ansvaret för det strategiska patientsäkerhetsarbetet på Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR). Som en del av HRS finns utvecklingsenheten, vars arbetsuppgifter är att utvärdera händelser, risker och avvikelser och stötta verksamhet och ledning i det förebyggande arbetet för en patientsäker vård. Enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet ligger även de organisatoriskt under HSR och har i uppdrag att stödja ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården. Under biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör ligger verksamhetsområden och dess kliniker. Mot verksamhetsområdena finns kvalitetssamordnare som stöttar verksamhets- och vårdenhetschefens arbete i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Vid intervju framgår att enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet blir involverad vid mer allvarliga avvikelser som lyfts upp på kvalitetsmöten där chefsläkare och kvalitetssamordnare medverkar. Om det bedöms som en allvarlig avvikelse tas det vidare till patientsäkerhetsmöten, där det beslutas om en anmälan enligt lex Maria ska göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkare ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria till IVO, i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer.

Vidare framgår att enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet årligen genomför patientsäkerhetsronder och dialoger inom samtliga verksamhetsområden. Syftet med patientsäkerhetsrond och dialog är att bland annat stötta det strategiska patientsäkerhetsarbetet inom verksamhetsområdet samt ge aktuell verksamhet utrymme för dialog om patientsäkerhet mellan verksamhet, patientsäkerhet, HR och högsta ledning. Patientsäkerhetsrondernas struktur initieras, processas och utvärderas av enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet. Se vidare under revisionsfråga 3 hur regionen arbetar med uppföljning och åtgärder.

På regionövergripande nivå finns även Enheten för Vårdhygien som bland annat tar fram övergripande rutiner om basala hygienrutiner, genomför utbildningar och anordnar informationsträffar med hygienombud. Vårdhygien har innan pandemin genomfört hygienronder, som pausades under pandemin, och som nu är uppstartat igen. I rutin *Vårdhygienisk egenkontroll och hygienrond* framgår att hygienronder ska genomföras med omkring 4-6 års mellanrum och att enheten utför självständigt en egenkontroll varje år enligt *egenkontrollprogram Vårdhygienisk standard*. Efter egenkontrollen fylls en



åtgärdsplan med de punkter som behöver förbättras eller förändras. Verksamheterna följer upp åtgärdsplanen under året. De intervjuade från Vårdhygien beskriver att de kan stötta vårdverksamheter där de ser en ökning av VRI. Vidare har vårdhygien nyligen övertagit arbetet med BHK-mätningar samt VRI-mätningar och de har börjat med utbildningar kring observationer samt hur det ska registreras i systemet. Enligt intervjuade påverkas arbetet med att utföra större analyser inom områdena av stor personalomsättning inom enheten Vårdhygien. Vidare framgår att det finns ett behov av att utveckla förmågan kring att hantera, tolka och använda sig av statistik. Något som skulle underlätta detta arbete är en resurs som arbetar dedikerat med statistik, och som kan bistå i analysarbetet. Vid tid för granskningen var tjänsten som hygienläkare vakant och rekrytering pågick. Region Gävleborg saknade därför en representant i nationella forum, och det minskade också förmågan att nå vissa personalkategorier.

Vid intervju med stabschef framhålls att det upplevs att kompetens finns inom regionen för analys på olika organisatoriska nivåer. I hälso- och sjukvårdsledningsgruppen (HSLG) ingår en specialist på patientsäkerhet som finns som stöd för ledningsgruppen. Vidare framhålls att de resurser som finns inom patientsäkerhetsområdet prioriteras. Dock framhålls det i intervju att enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet ligger på gränsen till hur mycket de kan hantera när det gäller fördjupade händelseanalyser. I regionens pågående arbete med att minska inhyrd personal har företrädare från enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet deltagit i riskanalysen. Vid intervju framhålls att företrädare från enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet deltar på hälso- och sjukvårdsmöten och på ett möte som benämns HSL+, där HSLG deltar samt personal med ledningsfunktion. De intervjuade framhåller att de upplever att tiden de har på HSL+ för att informera och diskutera kring patientsäkerhet har minskat de senaste åren och att det är mer fokus på ekonomi och produktions- och personalfrågor.

Vid intervjuer framgår att det finns utsedda personer på varje intervjuad klinik som arbetar med VRI och/eller BHK, så kallade hygienombud. Det finns även utsedda personer som arbetar med trycksår. Det finns en fastställd *Arbetsbeskrivning för hygienombud i hälso- och sjukvård samt tandvård*. De intervjuade beskriver att de utsedda hygienombuden kan informera personal på bland annat arbetsplatsträffar om aktuell statistik för deras ansvarsområde samt föreläsa om deras område för att förhindra vårdskador.

Samtliga intervjuade vårdverksamheter har en eller två kvalitetssamordnare som arbetar mot verksamhetsområdet som är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Kvalitetssamordnaren utför internutredningar och händelseanalyser<sup>1</sup>. De intervjuade beskriver att de har fått utbildning i händelseanalyser där de fått lära sig systemet och testa på patientfall och träna sin analysförmåga. De har även fått utbildning i avvikelserapportering. Alla kvalitetssamordnare samlas tre gånger per termin med HSR's stabschef och enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet, där de bland annat kan få olika utbildningsinsatser. Om en händelseanalys genomförs så är det

---

<sup>1</sup> Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig skada, eller kunde ha skadats allvarligt, bör en händelseanalys utföras. Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen inträffade.

oftast kvalitetssamordnare i samarbete med andra verksamhetsområden som deltar i analysarbetet och patientsäkerhetssamordnare från enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet finns med som stöd.

### *Bedömning*

#### *Finns det kompetens och resurser för analys på olika organisatoriska nivåer?*

#### **Till övervägande del**

Bedömningen grundar sig på att det finns kompetens och resurser för analys på klinisknivå, verksamhetsområde samt delvis på stabsnivå.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska det finnas stöd i att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det har framkommit i granskningen att inom vissa områden saknas möjlighet till analys på aggregerad nivå vilket påverkar möjligheten att vidta åtgärder om brister uppstår. Vidare bedöms det vara en brist att tjänsten som hygienläkare är vakant. Är tjänsten vakant under längre tid kan det resultera i minskade förutsättningar att delta i nationella forum och förmåga att nå vissa personalkategorier.

#### **Verktyg och information för att utveckla metoder och lärande**

#### *Revisionsfråga 2: Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?*

#### *lakttagelser*

För att skapa en systematik i arbetet med patientsäkerhet inför Region Gävleborg under 2024 en patientsäkerhetsmodul i kvalitetsledningssystemet Stratsys.

Patientsäkerhetsmodulen i Stratsys ger möjlighet till kontroll och planering, samt att följa upp och utvärdera verksamhetens patientsäkerhetsarbete. I modulen återfinns hälso- och sjukvårdens övergripande mål för patientsäkerhet tillsammans med verksamhetsområdenas- och verksamheternas egna aktiviteter, mål och åtgärder. Arbetssättet med egenkontroll bygger på inmatning och uppföljning i verktyget, vilket säkerställs av verksamhetschefer, vårdenhetschefer, kvalitetssamordnare och kvalitetsutvecklare. Vid intervju med enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet framgår att de arbetar med att identifiera indikatorer för patientsäkerhet för att kunna mäta att regionen är på rätt väg.

I intervjuer framgår att kvalitetsredovisningssystemet Cyklop används för att analysera data, trender och mönster avseende patientsäkerhet. Vissa av de intervjuade framhåller att programmet varierar i användarvänlighet och att det kan vara svårt att förstå statistiken. Medarbetare och chefer har tillgång till ett dedikerat IT-stöd för systemet där de kan få hjälp att bland annat ta fram statistik eller guida medarbetare och chefer rätt i systemet. I Cyklop hämtas uppgifter om trycksår från journalsystemet, från de månatliga mätningar som genomförs på samtliga slutenvårdsavdelningar i regionen. Det

genomförs även en nationell punktprevalensmätning (PPM) en gång om året, på alla slutenvårdsavdelningar inom regionen, av VRI och trycksår.

På samverkanswebben på regionens hemsida framgår att observationsstudier och självskattning är en egenkontroll för hur regionens hygienregler efterlevs och ska vara en utgångspunkt för förbättringsarbete, samt höja medvetenheten om hygienrutiner. Utöver den nationella mätningen som utförs varje år mäter regionen efterlevnaden till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) genom observationsstudier varje månad. Intervjuade vårdverksamheter verifierar att observationsstudier genomförs varje månad. Vid intervju med Vårdhygien framgår att de upplever att det saknats ett validerat system för hur BHK ska mätas och att det inte genomförs någon enhetlig mätning. Dock utgår Region Gävleborg från den nationella mätmetoden för BHK. Vidare framkommer det i intervju att det varierar i verksamheterna hur observationer och mätningar genomförs och det går inte att jämföra mellan enheterna. Det varierar även vilka yrkeskategorier som mäts i BHK.

Ett ytterligare verktyg som används är IT-stödet infektionsverktyget. När antibiotika ordinerar inom specialistvårdens läkemedelsmodul visas en textruta med ett antal frågor som måste besvaras för att komma vidare. Det ger möjlighet att se det aktuella läget av infektioner och ordinationer. Det framkommer i intervjuer delade meningar kring hur infektionsverktyget är anpassat till nuvarande journalsystem Melior. Vidare är uppfattningen att användarvänligheten och förståelsen av verktyget är begränsad i verksamheterna. Det uppges att hygienläkaren har drivit arbetet men det ligger nere just nu i och med vakant tjänst.

I Region Gävleborg används systemet Platina för avvikelshantering. Utifrån inkomna avvikelser genomför kvalitetssamordnare internutredningar. Om flera verksamheter är involverade i en avvikelse eller vårdskada så genomförs händelseanalyser i samverkan med andra vårdverksamheters kvalitetssamordnare. Där finns möjlighet att lära av varandras erfarenheter och utveckla gemensamma metoder för att förhindra vårdskador. Regionen rekommenderar att händelseanalyser genomförs i det nationella IT-stödet Nitha. Vid intervju med en kvalitetssamordnare framgår att verktyget används för händelseanalyser och det beskrivs som användarvänligt. Som tidigare nämnts stödjer patientsäkerhetssamordnare arbetet med händelseanalyser.

### *Bedömning*

*Används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter?*

### **Till övervägande del**

Det bedöms att det till övervägande del används kontinuerligt verktyg och information från flera olika källor för att gemensamt utveckla metoder för att analysera data, trender och mönster och lära av tidigare erfarenheter.

Regionen använder sig av flera olika system för att analysera data och där användarvänligheten varierar men det anses positivt att stöd finns att tillgå vid behov. Vissa system är inte kompatibla med varandra vilket försvårar användning. Vidare

bedöms det vara en brist att det saknas ett validerat system för hur BHK ska mätas samt det inte genomförs en enhetlig mätning. Vilket kan resultera i svårigheter att jämföra och se skillnader mellan olika enheter.

Det ses som positivt att det pågår arbete med att implementera en patientsäkerhetsmodul i kvalitetsledningssystemet Stratsys.

### **Systematiskt arbete för att återkoppla och följa upp åtgärder**

*Revisionsfråga 3: Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?*

#### *lakttagelser*

Hälso- och sjukvårdsdirektör har i januari 2024 fastställt *Strategi för ökad patientsäkerhet, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*<sup>2</sup> som utgår från den nationella handlingsplanens mål och vision. Ett fokusområde i strategin är *Ökad kunskap om vårdskador*. Till fokusområdet finns följande fem tillhörande mål:

- Enheten för patientsäkerhet och vårdkvalitet informeras alltid om allvarliga risker och allvarliga händelser i verksamheterna.
- Risk för eller inträffade allvarliga händelser ska utredas av verksamheten så att bakomliggande orsaker på systemnivå identifieras och adekvata, effektiva åtgärder vidtas samt följs upp strukturerat.
- Medarbetare som varit delaktiga i allvarliga händelser ska erbjudas stöd för att bibehålla psykologisk trygghet i patientsäkerhetsaspekt.
- Indikatorer i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan inom vårdskadeområdet ska på verksamhetsnivå/enhetsnivå mätas och analyseras. Vid behov ska åtgärder vidtas.
- Analys och sammanställning och uppföljning av vidtagna åtgärder vid vårdskador och avvikelser ska ligga till grund för förbättringsåtgärder.

I *Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan 2024* återfinns det övergripande målet *Färre undvikbara vårdskador*. Mätetalen för att mäta måluppfyllelse är följande (vilket även är samma indikatorer som för fokusområdet *Ökad kunskap om vårdskador* i strategin):

- Andelen ineliggande patienter med vårdrelaterade infektioner (VRI), målnivå  $\leq 7\%$ .
- Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner, målnivå  $\geq 95\%$ .
- Andel utlokaliseringar och överbeläggningar mot föregående år, målnivå  $\leq -0,5\%$ .
- Andel vårdenheter som infört "Gröna korset", målnivå saknas.

#### **Uppföljning och återkoppling på nämndsnivå**

Uppföljning av patientsäkerheten sker huvudsakligen genom årlig patientsäkerhetsberättelse som upprättas av enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet. Varje verksamhetsområde upprättar en egen patientsäkerhetsberättelse, vilka sedan är underlag till den regionala patientsäkerhetsberättelsen. Enligt intervjuade beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden patientsäkerhetsberättelsen tidigare år men att det har ändrats till att hälso- och sjukvårdsdirektören godkänner den istället. På sammanträdet

---

<sup>2</sup> Fastställd 2024-01-23 av hälso- och sjukvårdsdirektör

2024-04-26 (§ 81) gav representanter från enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet hälso- och sjukvårdsnämnden information om Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023. Vid genomgång av hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll för perioden april 2023-april 2024 noterar vi att nämnden under perioden januari-april 2024 inte tagit några beslut rörande patientsäkerhetsfrågor.

I patientsäkerhetsberättelse 2023 beskrivs åtgärder som har vidtagits inom vissa områden utifrån analyserat resultat. Vidare uppges det att samtliga strategiska, prioriterade och övergripande mål i Region Gävleborgs verksamhetsplan för hälso och sjukvård syftar till en minskning av risk för eller utveckla vårdskador. Vidare beskrivs prioriterade mål för 2024 där aktiviteter på övergripande, strategisk nivå ska identifieras inom respektive målområde i den regionala handlingsplanen. Där bland annat mål inom följande aktiviteter ska identifieras:

- Risker för vårdskador i vårdens övergångar ska identifieras, analyseras och åtgärdas
- Minskat antal undvikbara vårdskador
- Samtliga chefer och medarbetare bör genomföra Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet som finns i Kompetensportalen

Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp uppsatta mål i årsplanen. Per december 2023 bedöms nämndförvaltningsmålet *Färre undvikbara vårdskador* som ej uppnått. I *Redovisning av medelförvaltning januari - december 2023* framgår det att andel korrekta observationer till de BHK var under året 82 procent, vilket är under målvärdet på 95 procent. Andelen patienter med VRI under 2023 var 10,2 procent, vilket är 1,5 procentenheter högre än utfallet för 2022. Det framgår att basala kläd- och hygienrutiner är ett fokusområde som behöver upprätthållas för att säkerställa en smittsäker miljö på vårdinrättningar. Att utveckla regionens rutiner för att andelen patienter med vårdrelaterade infektioner samt trycksår minskar kommer även det att prioriteras. I analysen av resultaten ser nämnden ett ökande antal fall av vårdrelaterade infektioner, där merparten redan fanns vid inläggning på sjukhus. Vidare analyser behöver tas fram och ett arbete behöver göras tillsammans med kommunerna för att hitta åtgärder.

I årsredovisningen 2023 återfinns inom *Trygg och Säker vård* indikatorn *Påbörjad avvikelshantering inom 7 dagar* där målvärdet är 82 procent. Resultatet för 2023 var 80,3 procent vilket är strax under målvärdet för helåret 2023. Avvikelse i Hälso- och sjukvården omfattar både händelser som har medfört en vårdskada eller som hade kunnat göra det och är en viktig källa för att hitta förbättringsområden. För att höja andelen avvikelshanteringar som görs uppges det i årsredovisningen att en mer noggrann uppföljning ska ske och vid behov ska påminnelser skickas ut.

Ytterligare ett sätt för regionen att följa upp vårdskador är genom hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan. I 2024 års internkontrollplan finns ett identifierat riskområde "Risken att vårdskadorna ökar vilket kan leda till onödig lidande för patienter och anhöriga, samt ökade kostnader och sämre tillgänglighet". Kontrollmoment kopplat till risken är utvecklingen gällande vårdrelaterade infektioner och andel som

verksamheter som använder verktyget "Gröna korset". I uppföljningen av internkontrollplan per mars 2024 redovisas att gällande VRI når regionen inte den satta målnivån, utan utvecklingen går snarare åt fel håll. Andelen som använder sig av Gröna korset är på relativt låga nivåer (utfall per 2023 är 34 enheter). Fler verksamheter uppges genomfört utbildningsinsatser för Gröna korset och flera är på väg att genomföra utbildningen.

### **Uppföljning och återkoppling på ledningsnivå och verksamhetsnivå**

Under 2023 bildades ett koncernövergripande lednings- och kvalitetsråd under ledning av regionens stabschef för hälso- och sjukvård. Stabschef har beslutat att från och med 2024 kommer det lämnas en rapport från hälso- och sjukvårdsavdelningen till hälso- och sjukvårdsledningen med ett antal punkter som ledningen behöver känna till, bland annat avseende patientsäkerhet. Vid intervju framgår att Vårdhygien har uppmärksammat att ytskikten på regionens sjukhus är eftersatta på grund av bristande fastighetsunderhåll och det påverkar patientsäkerhetsarbetet. I intervjun beskrivs att det exemplet kommer att ingå i rapporten till hälso- och sjukvårdsledningen.

I *Strategi för ökad patientsäkerhet, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen* finns ett avsnitt om uppföljningar och dialoger, där det framgår att enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet ansvarar för att uppföljningar och dialoger sker. Syftet är att identifiera och analysera behov av förbättringar samt att utvärdera effekterna av de aktiviteter som genomförs. Ett annat syfte är att initiera stödåtgärder när behov finns samt att rapportera utfallen till hälso- och sjukvårdsdirektör och hälso- och sjukvårdsledningen och föreslå eventuellt vidare mer ingripande åtgärder. Vidare framgår att enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet ska ta fram en rapport och analys av regionens patientsäkerhetsarbete i form av delårsrapport patientsäkerhet. Arbetet med delårsrapport patientsäkerhet är nytt från och med 2024. Rapporten ska delges hälso- och sjukvårdsdirektör som sedan informerar verksamhetschefer. Till HSL+ (den utökade ledningsgruppen med hälso- och sjukvårdens verksamhetschefer) rapporteras utifrån uppsatta mål och indikatorer enligt handlingsplanen i strategi för ökad patientsäkerhet. Vidare ska regelbunden uppföljning av mål och stöd avseende aktiviteter kopplade till patientsäkerhet på verksamhetsnivå genomförs av chefsläkare/chefsjuksköterska.

Som nämnts i tidigare avsnitt genomförs patientsäkerhetsronder och dialoger. I *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023* redovisas att under 2023 genomfördes 16 ronder/dialoger. Verksamheterna får en skriftlig återkoppling med framgångsfaktorer och rekommendationer och förväntas ta fram aktiviteter i verksamhetsplanen för sitt förbättringsarbete. Patientsäkerhetsronder/dialoger pausas 2024 till förmån för implementering av Region Gävleborgs regionala patientsäkerhetsstrategi.

Vid intervju med enheten Patientsäkerhet och Vårdkvalitet framgår att de planerar att från 2025 införa patientsäkerhetsuppföljningar med alla ledningsgrupper utifrån resultatet från patientsäkerhetsmodulen i Stratsys. Förhoppningen är att patientsäkerhet blir en systematisk del av uppföljningen, utöver personal och ekonomi.



En intervjuad verksamhet beskriver att de har en samlad handlingsplan där alla åtgärder som framkommer från internutredningar och händelseanalyser samlas. Samtliga intervjuade verksamheter framhåller att åtgärder från händelseanalyser följs upp efter sex månader eller kortare tid. Vid intervju med enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet framgår att de tittar på aggregerad nivå på de händelseanalyser som genomförs i regionen. Det framkommer i intervjuer att det är skillnad mellan vårdenhetschefers möjlighet och tid att själva sätta sig in i statistik och följa upp resultat för deras verksamhet. Kvalitetssamordnaren kan hjälpa dem vid behov.

Samtliga intervjuade vårdverksamheter har beskrivit att de har en TV-skärm i personalrummet där det läggs in relevant information, exempelvis resultat från PPM-VRI och trycksår. På arbetsplatsträffar informeras medarbetare om aktuell statistik och det finns möjlighet till dialog för att diskutera om resultatet har förbättrats eller försämrats jämfört med tidigare månad. Vidare framgår att på arbetsplatsträffar är patientsäkerhet ett återkommande ämne och att kvalitetssamordnare kan gå igenom aktuella händelseanalyser.

Vidare beskriver samtliga intervjuade vårdverksamheter att de dagligen använder metoden Gröna korset. Gröna korset är en visuell metod, för medarbetare i sjukvården, att aktivt identifiera risker, tillbud och skador i realtid. Personalen på en enhet arbetar med dagliga korta 5–10 minuters avstämningar kring vilka risker som finns eller avvikelser som hade kunnat inträffa på enheten. Dessa korta avstämningar genomförs i anslutning till arbetsskiftets slut. Avstämningarna avslutas med en diskussion och förslag på förbättringsåtgärder för att minimera risken att vårdskadan uppstår igen. Detta noteras på en förbättringstavla.

### *Bedömning*

*Finns det ett systematiskt arbete att återkoppla resultat och följa upp åtgärder för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen?*

#### **I begränsad utsträckning**

Bedömningen grundar sig på att det finns en framtagen strategi för ökad patientsäkerhet där det står beskrivet kring uppföljning, analys, rapportering av utfall samt åtgärder.

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Regionens patientsäkerhetsberättelse omfattar uppföljning av regionens samlade resultat inom patientsäkerhetsområdet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har behandlat patientsäkerhetsberättelsen som ett informationsärende utan beslut om att godkänna den. Brister i uppföljning riskerar att minska nämndens möjligheter att vidta adekvata åtgärder. Det noteras i granskningen att resultaten för både VRI och BHK inte ligger inom uppsatta mål vilket tyder på att insatta åtgärder inte givit de resultat som önskas.

Det ses som positivt att en delårsrapport för patientsäkerhet är under implementering i regionen för att bättre följa området. Dock anses det vara en brist att nämnden inte planeras ta del av delårsrapport för patientsäkerhet för att ge förutsättningar för ett gemensamt och analysbaserat lärande med långsiktiga effekter.

Återkoppling av resultat och uppföljning bedöms ske systematiskt i verksamheterna. Åtgärder utifrån genomförd uppföljning beskrivs i patientsäkerhetsberättelse 2023.

## Involvering av patienter och närstående

*Revisionsfråga 4: Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?*

### *lakttagelser*

I *strategi för ökad patientsäkerhet* är patienten som medskapare ett prioriterat område där det beskrivs att patienter och närstående ska ges möjlighet till delaktighet i vården, som så långt som möjligt ska utformas, beslutas och genomföras i samråd genom ett personcentrerat arbetssätt. Till det prioriterade området finns följande två mål:

- Ett personcentrerat arbetssätt finns så att patienters och närståendes kunskap, erfarenheter och resurser tas till vara i patientens vård
- Patienter och närståendes erfarenheter och kunskaper ska tas till vara i de förbättrings- och förändringsarbeten som genomförs inom hälso- och sjukvården

I *kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023* återfinns avsnittet Patienten som medskapare. Där beskrivs att vid utredning av svåra avvikelser, händelseanalyser och lex Maria anmälningar bjuds patient och närstående in för medverkan tidigt i processen. Lex Maria-anmälningar publiceras offentligt på regionens hemsida.

Vid intervju med enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet framgår att det är rutin att patienter och närstående involveras när det gäller återkoppling kring vårdskador. Men när det gäller proaktivt arbete är det ovanligt att patient och närstående involveras.

De intervjuade framhåller att det arbetas aktivt med patientdelaktighet i det dagliga arbetet men lyfter att det finns förbättringsarbete i att skapa förutsättningar för patienter och närstående att bli mer delaktiga i förändringsarbetet. Exempelvis framhålls det positivt att vuxenpsykiatrin använder sig av patienter inom verksamheterna för att lära och utveckla vården. Däremot anses det att andra verksamheter behöver arbeta mer med patientinvolvering. Om en vårdskada inträffat och rapporterats upplever de intervjuade att patienten involveras och informeras kring sitt hälsotillstånd. De intervjuade verksamheterna beskriver att kvalitetssamordnare kan ta kontakt med patient och/eller närstående innan en utredning eller händelseanalys ska startas upp kring en vårdskada. När analysen är klar så återkopplas resultatet till patient och/eller närstående. Generellt involveras inte patient och närstående vid avvikelser men det kan förekomma enligt intervjuerna. Vidare uppges det att brukarorganisationer ibland involveras men att det inte sker systematiskt.

Det framkommer i en intervju att regionen årligen skickar ut en patientenkät som är mer på övergripande nivå. Resultatet av den enkäten kan komma att användas för att inhämta information och vidareutveckla vården inom patientsäkerhetsfrågor.

På regionens hemsida finns en broschyr riktad till patienter som råkat ut för en vårdskada, där regionen beskriver deras ansvar för vårdskador och de rättigheter som patienten har genom patientsäkerhetslagen. I broschyren ges information om att patientens erfarenheter kan hjälpa andra och att det är värdefullt om patienten kan tänka



sig att delta i utredningen av vad som inträffat för att säkerställa att händelsen inte upprepas. De intervjuade framhåller att det är viktigt att i det patientnära mötet ge information om en patient råkat ut för en vårdskada.

Patientnämnden (PN) ska verka för goda kontakter mellan patienter och personal och är en, från hälso- och sjukvården fristående, opartisk instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig. Syftet är att beskriva, informera, reda ut och förklara och på så sätt bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre. Det uppges i intervju att patientnämnden kan involveras i vissa ärenden och klinikerna tar del av patientnämndens skriftliga svar kring en händelse. Vidare genomför PN fördjupade analyser utifrån synpunkter och klagomål som inkommit från patienter och närstående som sedan utmynnar i rapporter. Det övergripande syftet med rapporterna är att de ska utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens utvecklings- och kvalitetsarbete.

### *Bedömning*

#### *Involveras patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning?*

#### **I begränsad utsträckning**

Bedömningen grundar sig på att det finns en styrning mot ökad patientdelaktighet men det framgår att arbetet inte är systematiskt.

Det bedöms finnas brister i patientdelaktigheten avseende förändringsarbeten i verksamheterna. Vidare bedöms att rutiner finns för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med oönskad händelse och involveras vid återkoppling av utredningar/händelseanalyser. Uppföljning sker av patientdelaktighet via den nationella patientenkäten.

2024-08-20

Karin Magnusson

Cecilia Claudelin

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Gävleborg enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2023-01-23. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.