

Granskning av Patientsäkerhetsarbete

Region Värmland

Augusti 2021

Niklas Källberg

Ulrike Deppert



Innehåll

1. Sammanfattning och slutlig bedömning	3
2. Inledning.....	7
2.1. Bakgrund.....	7
2.1. Definition av patientsäkerhetsarbete.....	7
2.2. Uppdrag och syfte.....	8
2.3. Avgränsningar	8
2.4. Revisionsfrågor	8
2.5. Revisionskriterierna	9
2.6. Metod	9
2.7. Projektorganisation	11
3. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser	11
3.1. Styrning, uppföljning och intern kontroll	11
3.2. Kunskapsåterföring och verksamhetsutveckling.....	17
3.3. Analyser, mål och uppdrag inom patientsäkerhetsarbetet	21
3.4. Åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador	24
4. Uppföljning av rekommendationer 2017	26
4.1. Utvecklingen sedan 2017.....	26
4.2. Uppföljning av tidigare granskningar	27
5. Övergripande revisionsfråga	30
Bilaga 1 – Intervjuförteckning	31

1. Sammanfattning och slutlig bedömning

Revisorerna i Region Värmland har uppdragit åt Helseplan Consulting Group AB att genomföra en granskning av Regionens patientsäkerhetsarbete. Syftet är att granska om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Granskningen har också följt upp de tidigare granskningarna från 2017.

Granskningens revisionsfrågor har besvarats genom dokumentstudier, statistik och 22 intervjuer med förtroendevalda och tjänstemän samt med representanter för utvalda verksamhetsområden. Granskningen har genomförts mellan april och augusti 2021.

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, endast delvis har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Bedömningen grundar sig i att det finns en politisk viljeinriktning för att genom nämndplan, mätplan och internkontroll bedriva ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Däremot identifierar inte alla, särskilt inte den enskilda medarbetaren i verksamheten, en röd tråd från uppdrag till lokala riktlinjer och rutiner. Det finns kompetens och kunskap inom verksamheterna kring patientsäkerhet, både vad avser kvalitet och ekonomiska faktorer, men det saknas till viss del förutsättningar och handlingskraft för att arbeta med förbättrad patientsäkerhet. Det finns tydliga indikatorer för att följa upp patientsäkerhetsarbetet men dessa är inte alltid tillämpliga för det arbete som den enskilda verksamheten bedriver. Patientnämndsenheten tar fram analytiska underlag men dessa upplevs inte alltid vara relevanta. Det krävs en utveckling för att skapa ett mer fungerande samarbete och för att verksamheterna ska få underlag som de upplever som mer relevanta. Chefläkarfunktionen ligger direkt under Hälso- och sjukvårdsdirektören och har därmed fått en tydligare roll. De behöver ha större möjlighet att utföra analyser och agera som en tydligare länk mellan den politiska organisationen, verksamheten och Patientnämnden.

Revisionsfrågor:

- **Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställt att Regionen efterlever lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, genom styrning, uppföljning och intern kontroll till viss del har säkerställt att Regionen efterlever lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård. Det finns en tydlig styrning utifrån regionplan, nämndplan och mätplan kring vilka mål som verksamheterna ska uppfylla vad avser patientsäkerhetsarbetet. Det är svårt att verifiera att alla lagkrav inom patientsäkerhetsområdet uppfylls. Vi bedömer vidare att det är viktigt att skapa en röd tråd mellan de politiska besluten och styrande dokument som verksamheterna kan känna igen sig i.

Det saknas tydlig dokumentation i protokollen kring om åtgärder har beslutats vilket också försvårar vid uppföljning av huruvida dessa har genomförts eller om förbättringar har skett över tid.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden dokumenterar beslut om åtgärder i protokoll för att stärka uppföljning men också tydliggör det politiska ansvarstagandet och den politiska viljan.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen godkänner patientsäkerhetsberättelsen av inom lagen angiven tidsram.

- **Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina roller och uppdrag till viss del har säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Det finns en tydlig uppföljning framför allt genom den löpande internkontrollen. Däremot har uppföljningen till stor del varit oförändrad och patientsäkerhetsarbetet skulle stärkas av att den politiska organisationen anpassade indikatorer eller uppföljning utifrån verksamheters perspektiv, med involvering av verksamhetsrepresentanter och chefläkare. En fördjupning av patientsäkerhetsarbetet inom ramen för den interna kontrollen skulle främja styrning och uppföljning ytterligare. För att ytterligare skapa förutsättningar för ett ändamålsenligt arbete krävs det också att patientsäkerhetsstrategin uppdateras. Helseplan bedömer även att om styrning, uppföljning och kontroll ska vara effektiv är det en förutsättning att ledare och medarbetare förstår strukturen, ser att insamlad data används och att det ageras på denna.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden tillser att patientsäkerhetsstrategin uppdateras.

- **Vilka åtgärder har Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit för att minska förekomsten av vårdskador?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador. Den politiska styrningen sker framför allt utifrån mål och internkontroll. Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att den politiska viljeinriktningen är känd igenom hela organisationen samt även kontinuerligt efterfråga vilket arbete som har utförts inom verksamheterna för att stärka patientsäkerheten.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden arbetar med att skapa förutsättningar för målsättningar och patientsäkerhetsarbete på lokal nivå genom att till exempel efterfråga sammanställningar av relevant information som kan bidra till det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

- **Har Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om mätbara mål och tydliga uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador?**

Helseplan bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om mätbara mål och att uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador delvis är tydliga. I nämnd- och mätplan finns inte enbart indikatorer som ska leda till en säker vård utan

också mål som direkt eller indirekt syftar till att främja patientsäkerheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården. Den politiska uppdragsstyrningen blir otvetydigare ju längre bort i linjeorganisationen som medarbetaren är och därför är det viktigt att det finns en röd tråd och tydliga uppdrag för att viljeinriktningen kring hur arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador ska vara känd i verksamheterna.

- **Har Hälso- och sjukvårdsnämnden följt upp resultatet av vidtagna åtgärder och det arbete som pågår för att minska förekomsten av vårdskador?**

Helseplan bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp resultatet av vidtagna åtgärder och det arbete som pågår för att minska förekomsten av vårdskador. Däremot kan uppföljningsfokus kompletteras med uppföljningar som i högre utsträckning tillvaratar verksamhetens erfarenheter och perspektiv. Uppföljningarna kan kompletteras med medicinska och omvårdnadsmissiga kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen presenterar indikatorer under september 2021, vilka kan användas som underlag för Regionens utveckling av uppföljningen. Tillsammans med verksamhetsnära funktioner och chefläkare bör man diskutera vilka mått som kan kompletteras på övergripande nivå, samt vilka mått respektive verksamhet ska följas upp på. För att så ska ske behöver det också finnas tillräcklig analyskapacitet kopplat till exempelvis chefläkarfunktionen. För att stärka patientsäkerhetsarbetet skulle det också behövas ökad fokus på hur patientsäkerhetskultur utvecklas och följs upp i verksamheterna.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden följer utvecklingen av indikatorer inom patientsäkerhetsområdet inom ramen för Socialstyrelsens nationella handlingsplan och ser över behovet att utveckla nya indikatorer som omfattar Region Värmlands uppföljning av vidtagna åtgärder för att minska vårdskador.

- **Finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador?**

Helseplan bedömer att det inte finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka den ekonomiska uppföljningen av de utvecklingsområden och åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet som pågår samt vid behov utreda vad konsekvenserna blir om målen inte uppnås. Samtidigt är det svårt att bedöma kostnader och när ett sådant arbete görs är det centralt att det sker med valida data som grund. Helseplan bedömer att det är viktigt att det finns kunskap och medvetenhet om effekterna av vårdskador, inklusive ekonomiska kostnader, för att kunna bedriva ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att det finns tillräcklig kunskap inom verksamheterna för att specifikt och på en övergripande nivå arbeta med patientsäkerhetsarbete i syfte att uppnå förväntade ekonomiska effekter.

- **Har Regionstyrelsen säkerställt att verksamheterna har förutsättningar för att ta del av och använda information och underlag som Patientnämnden samlat in och analyserat?**

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen inte tillräckligt har säkerställt att verksamheterna har förutsättningar för att ta del av och använda information och underlag som Patientnämnden

samlat in och analyserat. Det handlar framför allt om avsaknaden av kunskap kring patientnämndsenhetens utökade uppdrag inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Detta leder till att enhetens kompetens inte nyttjas ändamålsenligt och att verksamheterna inte ser hur en dialog kan leda till att patientsäkerhetsarbetet stärks långsiktigt. Helseplan bedömer att det är viktigt att det finns ändamålsenliga IT-stöd för att stötta verksamhetens kvalitetsarbete. Data kan idag inte aggregeras mellan de systemstöd som används inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna och inom Patientnämnden. Det är viktigt att det finns förutsättningar för att på ett ändamålsenligt sätt aggregera data för att erhålla underlag som visar helhetsbilden.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen och Patientnämnden säkerställer att Patientnämndens uppdrag tydliggörs i verksamheterna. Detta arbete bör ske tillsammans med ansvarig styrelse och nämnder samt sakkunniga i form av chefläkarfunktionen.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen säkerställer att det finns en ändamålsenlig och breddimplementerad IT-struktur som skapar förutsättningar för att aggregera data samt att inom lämplig tidsram följa upp denna.

- **Används Patientnämndens underlag i kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen?**
Helseplan bedömer att Patientnämndens underlag inte används i tillräckligt stor utsträckning i kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen. Arbetet med patientnämndens underlag sker inte tillräckligt strukturerat inom hälso- och sjukvården. Patientnämndsenheten har fått ökade förutsättningar för att bidra med kvalitativ analys och arbetar även på andra sätt för att göra sitt uppdrag känt. Enheten förknippas ofta med det traditionella uppdraget avseende hantering av inkomna klagomål. Patientnämnden behöver tillsammans med verksamheterna också utveckla samverkansmöjligheterna och skapa förutsättningar för transparens utifrån befintliga sekretessbestämmelser.

Vi rekommenderar att Patientnämnden undersöker möjligheterna till att utveckla samverkan och kommunikation mellan patientnämndsenheten och hälso- och sjukvårdens verksamheter inom ramen för befintliga lagkrav.

- **Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i de tre ursprungliga granskningarna (2017)?**
Helseplan bedömer att det till viss del har vidtagits åtgärder med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i de tre ursprungliga granskningarna (2017). Samtidigt är det svårt att bedöma hur stor andel av åtgärderna som hade genomförts om inte 2020 hade präglats av covid-19-pandemin. Vi bedömer vidare att det fortsatt saknas en strukturell samverkan för att hela organisationen ska kunna arbeta mer systematiskt med patientsäkerhetsarbetet. Framför allt behöver det skapas en tydligare politisk ledning och styrning där distinkta mål sätts upp i dialog med verksamheten och det också förklaras vad målen ska syfta till.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Revisorerna i det dåvarande Landstinget i Värmland genomförde 2017 tre granskningar som berör patientsäkerhet: "Granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador", "Granskning av ärenden i Patientnämnden" samt "Patientsäkerhet – uppföljning". I dessa granskningar gjordes bedömningarna att dåvarande landstingsstyrelsen inte hade en tillräcklig styrning och uppföljning av åtgärder för att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador och att det fortsatt fanns ett behov av att arbeta med att förbättra patientsäkerhetskulturen i dåvarande landstinget samt att arbetet med att främja förbättringar i vardagliga rutiner borde intensifieras. Det bedömdes också finnas ett behov av att skapa ytterligare systematik vad gäller riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser.

En viktig del i Region Värmlands arbete är att stärka patienternas delaktighet i vården. En väl fungerande klagomålshantering är därför en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. För att säkerställa att klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården samt tandvården används på ett effektivt och systematiskt sätt finns en övergripande riktlinje *Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering* som tydliggör roller, ansvar och hantering av inkomna klagomål från patienter och närstående på vården. Det fortsatta arbetet inom Region Värmland under 2021 för att uppnå ett oberoende av hyrpersonal förväntas bland annat leda till höjd patientsäkerhet vilket kommer att leda till ett högre förtroende för hälso- och sjukvården.

Genom Hälso- och sjukvårdsnämndens arbetsätt utvecklas hälso- och sjukvård samt tandvård i utvecklingsplanens inriktning. Fokus ska vara fortsatt arbete med aktiviteter för att uppnå bästa vårdkvalitet och tillgänglig vård. Resultaten ska uppnås genom personcentrerad vård, patientsäker vård, fortsatt utveckling av digitala tjänster och möten, vård på rätt vårdnivå, förebyggande och hälsofrämjande samt kunskapsbaserad vård och forskning. Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet inom länet och säkerställa att resultat av kvalitativa analyser som görs inom Patientnämnden kommer hälso- och sjukvården till del såväl inom Regionen som inom kommunerna.

2.1. Definition av patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhet definieras som *skydd mot vårdskada* i Patientsäkerhetslagen (2010:659). I samma lag definieras vårdskada som *lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården*.

Socialstyrelsen har definierat patientsäkerhetsarbete som *del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till skydd mot vårdskada*. Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte genomför de åtgärder som är motiverade, och om att vårdgivaren arbetar med kvalitetsarbete och utveckling. Förutom att vara medveten om och använda de evidensbaserade metoder som finns, exempelvis inom olika vårdskadeområden, är personalens kompetens och arbetsmiljö, en god säkerhetskultur, att patienten ges möjlighet att delta i utveckling och patientsäkerhetsarbete samt tillgänglighet till vård viktiga faktorer för säker vård och hög patientsäkerhet.

2.2. Uppdrag och syfte

Syftet är att granska om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt.

2.3. Avgränsningar

Granskningen avgränsas till att gälla Regionens arbete som syftar till att stärka patientsäkerheten samt Patientnämndens arbete. Det har inte ingått i granskningen att bedöma hur Patientnämnden arbetar gentemot kommunerna.

I den nu aktuella granskningen ska resultaten i de tidigare genomförda granskningarna; "Granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador", "Granskning av ärenden i Patientnämnden" samt "Patientsäkerhet – uppföljning" från år 2017, beaktas och utgöra förutsättningar.

Granskningen omfattar perioden efter senaste granskningen, 2017, med tyngdpunkt på de senaste åren. Covid-19-pandemin har påverkat all vård och även patientsäkerhetsarbetet, exempelvis genom omstyrning av resurser, nya patientkategorier, mycket hög belastning och försvårade av ett kontinuerligt utvecklings- eller förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Samtidigt har delar av patientsäkerhetsarbetet, som vårdhygien, varit i fokus under pandemin. Slutsatser och rekommendationer ska ses i ljuset av pandemin och Helseplan har under intervjuer där det varit möjligt stämt av situationen och utvecklingen såväl före som under pandemin.

2.4. Revisionsfrågor

Granskningen ska ge svar på följande revisionsfrågor:

- Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställt att Regionen efterlever lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård?
- Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina roller och uppdrag säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?
- Vilka åtgärder har Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit för att minska förekomsten av vårdskador?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om mätbara mål och tydliga uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden följt upp resultatet av vidtagna åtgärder och det arbete som pågår för att minska förekomsten av vårdskador?
- Finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador?
- Har Regionstyrelsen säkerställt att verksamheterna har förutsättningar för att ta del av och använda information och underlag som Patientnämnden samlat in och analyserat?
- Används Patientnämndens underlag i kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen?
- Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i de tre ursprungliga granskningarna (2017)?

2.5. Revisionskriterierna

Följande kriterier har utgjort grunden för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Tandvårdslag (1985:125)
- Patientdatalag (2008:355)
- Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
- Region Värmlands reglemente

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s vägledning för verksamhetsrevision och god revisionsred för kommunal verksamhet.

2.6. Metod

2.6.1. Dokumentgranskning

Följande styrande och redovisande dokument har granskats:

- Protokoll för sammanträden för Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden för 2020 och 2021
- Regionplan 2020 och 2021
- Nämnd- och mätplaner för Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden för 2020 och 2021
- Internkontroll och uppsiktsplikt 2021
- Patientsäkerhetsberättelse 2019 och 2020
- Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering
- Granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador, 2017
- Granskning av ärenden i Patientnämnden, 2017
- Patientsäkerhet – uppföljning, 2017
- Patientsäkerhetsstrategin, odaterad

2.6.2. Intervjuer

Semistrukturerade djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Intervjuer har genomförts med representanter från Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden och Patientnämnden. Intervjuer har också genomförts med områdeschefer för bland annat öppenvård, slutenvård och vårdkvalitet samt chefläkare och verksamhetschefer. Dessutom har representanter från Smittskydd Värmland intervjuats.

Som i alla delar av hälso- och sjukvården har covid-19-pandemin påverkat arbetet, vilket vad gäller patientsäkerhet bland annat inneburit att utvecklingsarbete saktat ner eller skjutits på framtiden men också att patientsäkerhetsfrågor direkt knutna till covid-19-patienter fokuserats och utvecklats. Därför har intervjuade blivit ombedda att bedöma såväl tiden före pandemin som under, exempelvis vad gäller utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Sammanlagt har 22 personer intervjuats. En förteckning över vilka funktioner som har intervjuats återfinns i *Bilaga 1*. Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

2.6.3. Statistik

Granskningen inkluderar även statistik från Vården i siffror som en del av uppföljningen över tid. Indikatorer som presenteras är *Följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler, Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar* samt *Andel patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård*.

2.7. Projektorganisation

Från Helseplan deltog Niklas Källberg som projektledare, Hans Rutberg som expert och Ulrike Deppert som konsult. Anders Haglund har varit kvalitetssäkrande certifierad kommunal yrkesrevisor. Granskningen genomfördes mellan april och augusti 2021.

3. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser

3.1. Styrning, uppföljning och intern kontroll

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna *”Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställt att Regionen efterlever lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård?”* samt *”Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina roller och uppdrag säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?”*.

3.1.1. Styrning utifrån lagar och föreskrifter

Kraven på hur en patientsäker hälso- och sjukvård ska bedrivas stipuleras framför allt i följande lagar:

- Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Bland annat ska vården planeras, ledas och kontrolleras på ett systematiskt sätt. Vårdgivaren ska vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Till exempel ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det.
- Patientlagen (2014:821) tydliggör patientens perspektiv och hens rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) är en ramlag som har övergripande mål och riktlinjer för hur hälso- och sjukvård ska bedrivas men detaljstyr inte. Här definieras åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
- Tandvårdslagen (1985:125) är en ramlag som reglerar tandvården. Tandvård syftar till att sätta in åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.
- Patientdatalagen (2008:355) beskriver hur en patientjournal ska föras för att den ska bidra till god och säker vård av patienten.
- Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården reglerar Patientnämndens verksamhet. Deras huvudsakliga uppgift är att stödja patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade. Patientnämnden ska också bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera

klagomål och synpunkter och uppmärksamma Regionen på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Utöver dessa lagar finns det också ett antal föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen har tagit fram. Dessa förtydligar bland annat hur medicintekniska produkter ska användas, hur journal ska föras, hur ordination och hantering av läkemedel ska ske samt hur systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska utföras. De två sista bör noteras extra eftersom de ska ligga till grund för hur Region Värmland arbetar systematiskt med sitt patientsäkerhetsarbete utifrån såväl lednings- som verksamhetsperspektiv. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivare ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska också löpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Därutöver är vårdgivaren som en del i det systematiska förbättringsarbetet skyldig att genomföra egenkontroll och utreda avvikelser. En grundläggande del av patientsäkerhetsarbetet är att vårdgivarens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete beskrivs hur kvalitetsarbetet ska integreras med patientsäkerhetsarbetet. Framför allt handlar det om hur utredning av händelser ska ske och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Socialstyrelsen publicerade 2020 Agera för en säker vård, nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Syftet med handlingsplanen är att påverka så att säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården utvecklas, det vill säga bidra till att utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet. Den ska användas för att bland annat forma regionala planer och strategier för utveckling. Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden: *öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling samt öka riskmedvetenhet och beredskap.*

Det är framför allt på ovanstående lagar och föreskrifter som Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden ska bygga sin styrning, uppföljning och intern kontroll. Ett antal styrande dokument tydliggör dels för nämnderna, dels för verksamheterna vilka utgångspunkter patientsäkerhetsarbetet bör ha.

- Regionplanen för 2020 nämner att arbetet med att minska hyrpersonal förväntas leda till en höjd patientsäkerhet. För 2021 tydliggörs dessutom att en fungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Nämndplanen utgår från Regionplanen och anger de mål som respektive nämnd har.
 - Regionstyrelsens uppdrag under 2020 inkluderar bland annat ett aktivt kvalitetsarbete och under 2021 ett effektivt genomförande. Båda betyder att Regionstyrelsen ska följa upp att arbetssätt är kvalitetssäkrade och skapar förutsättningar för en hög produktion.

- Hälsa- och sjukvårdsnämnden ska under 2020 och 2021 uppnå sina resultatmål genom att bland annat arbeta med personcentrerad vård, patientsäker vård, tillgänglig vård (2020)/fortsatt utveckling av digitala tjänster och möten (2021), vård på rätt vårdnivå samt förebyggande, hälsofrämjande och kunskapsbaserad vård. Planen förtydligar att patientsäker vård avser ett arbets sätt som identifierar och förebygger patientsäkerhetsrisker och vårdskador vid behandlingar, vid vårdens övergångar och vid läkemedelsbehandling. Den anger också att säkerhetsarbetet utvecklas genom att involvera patienter och närstående.
- Patientnämnden ska under 2020 såväl som under 2021 dels stödja och hjälpa patienter och närstående genom att hantera klagomål och synpunkter, dels bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet.
- Mätplanen utgår från nämndplanen och anger vilka konkreta indikatorer som ska följas upp för respektive nämnd. Uppföljning sker enligt den frekvens som anges i mätplanen.
 - Regionstyrelsens mätplan för 2020 beskriver bland annat att det ska finnas ett aktivt kvalitetsarbete. För 2021 anges ett resultatmål: Effektivt genomförande. Det står inte hur målen/målet utvärderas eller hur resultatet mäts.
 - Hälsa- och sjukvårdsnämnden har ett flertal indikatorer som rör patientsäker vård, bland annat andel patienter med vårdrelaterad infektion, med sjukhusförvärvade trycksår eller med vårdskada per sjukhus. Mätplanens indikatorer är i stort oförändrade mellan åren.
 - Patientnämndens indikatorer 2020 handlar bland annat om analys och redovisning av klagomål till verksamheter¹ samt informations spridning om patientnämndens uppdrag till verksamheter. Även här är indikatorerna oförändrade för 2021.

Indikatorerna i mätplanen bereds i respektive styrelse och nämnd genom särskilda dialoger. Respektive förvaltning stöttar med underlag utifrån aktuell lagstiftning och med att ge inspel kring de mål som sätts för verksamheterna. Regionstyrelsen beslutar indikatorerna. Förutom ovannämnda dokument finns ytterligare styrande dokument som framför allt lägger grunden för det arbete som utförs på verksamhetsnivå. En av de viktigaste är riktlinjen om Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering. Den är beslutad av regiondirektören och syftar till att tydliggöra roller, ansvar och hantering av inkomna klagomål och synpunkter från patienter och närstående på vården, utifrån lagkrav. Där beskrivs bland annat att Regionstyrelsen ansvarar för att hälso- och sjukvården uppfyller kraven på en god vård samt säkerställer att klagomål, synpunkter och förbättringsförslag på hälso- och sjukvården och tandvården tas tillvara i analys- och utvecklingsarbetet. Patientnämnden ansvarar bland annat för registrering, sammanställning, analys och intern återkoppling av de

¹ De verksamheter som omfattas finns inom den hälso- och sjukvård och tandvård som bedrivs av Region Värmland eller enligt avtal med regionen eller hos kommuner med samverkansavtal.

klagomål och synpunkter som kommer in till dem. Riktlinjen tydliggör att nämnden är självständig och oberoende i förhållande till vården. Även rollerna för verksamhetschef, medarbetare samt ansvariga inom område vårdkvalitet beskrivs. Det finns ytterligare styrande dokument som syftar till att stärka patientsäkerhetsarbetet, till exempel riktlinjer för ordnat införande av ny medicinsk teknik och metoder, anmälan om en allvarlig vårdskada (lex Maria) samt enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Patientsäkerhetsarbetet styrs också av patientsäkerhetsstrategin. Strategin utgår från patientsäkerhetslagen och bygger på fokusområden ledning och styrning, systematiska utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientinvolvering. Intervjuade uppger att strategin behöver uppdateras men att detta arbete inte har prioriterats under covid-19-pandemin. Det finns således ingen reviderad och godkänd patientsäkerhetsstrategi. Några intervjuade uppger också att det saknas övergripande beslut avseende hur hanteringen av olika separata strategier ska ske inom Region Värmland och att patientsäkerhetsstrategin bör vara en del av hälso- och sjukvårdens styrdokument. Uppdateringen är nödvändig för att tydliggöra ansvaret i patientsäkerhetsarbetet. Det anges bland annat att Patientsäkerhetscentrum leder och samordnar det strategiska arbetet samt bistår vården med råd och sakkunskap. Patientsäkerhetscentrum som organisatorisk del ingår sedan 2019 i område vårdkvalitet och finns inte kvar till namnet.

Det är inte möjligt att verifiera att Region Värmland efterlever alla lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård inom patientsäkerhetsområdet. Den struktur av styrande och beskrivande dokument som finns är till viss del känd i verksamheten och används framför allt av styrelse och nämnder för att följa upp arbetet samt inom ramen för intern kontroll. Intervjuade nämner bland annat respektive styrelse eller nämnds mätplan samt att det genomförs mätningar av exempelvis vårdrelaterade infektioner som rapporteras och sammanställs av Sveriges Kommuner och Regioner. Få av de intervjuade nämner riktlinjen om *Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering* eller Socialstyrelsens nationella handlingsplan eller egna handlingsplaner och -strategier.

3.1.2. Uppföljning och intern kontroll av Region Värmlands arbete med patientsäkerhet

Uppföljning och intern kontroll av Region Värmlands förvaltnings arbete sker dels genom uppföljning av indikatorerna i mätplanerna, dels genom avrapportering till ansvarig nämnd/er, dels genom internkontrollplaner. Indikatorerna i mätplanerna följs upp och presenteras inom ramen för månadsuppföljningar för respektive nämnd. Samtliga månadsuppföljningar skickas också till Regionstyrelsen. Det finns en tjänsteskrivelse (2020-11-17) för hur internkontroll och uppsiktsplikt för 2021 enligt kommunallagen ska fullgöras, som bland annat inkluderar den tidigare beskrivna strukturen men också tydliggör att kontrollåtgärder utförs baserad på en bedömning av risker för att beslutade mål inte uppnås. I protokoll från 2020 och första halvåret 2021 framgår inte hur styrelsen och nämnderna agerar när uppföljningen visar att indikatorerna inte har nått upp till målnivå eller när det finns utmaningar som relaterar till mät- eller nämndplan. Detta trots att det noteras i underlagen att till exempel alla verksamheter inte följer

COSMIC-instruktioner för dokument i samband med uppföljning av indikatorn för *Andel patienter ≥65 år som riskbedömts för trycksår, nutrition och fall vid slutenvårdstillfälle* (HSN 2020-03-24) eller att hälso- och sjukvårdsverksamheterna ännu inte har ett gemensamt systemstöd som möjliggör att klagomål kan aggregeras i ett avvikelshanteringssystem på regionnivå (PN 2021-03-16). Det finns inga anteckningar i protokollen kring eventuella beslutade åtgärder. I intervjuer framkommer att styrelsen eller nämnden vid sådana tillfällen för en dialog och att det är vanligt att ge ansvarig tjänsteman i uppdrag att vidta åtgärder. Hälso- och sjukvårdsnämnden har bland annat arbetat med att åtgärder tydligare ska anges skriftligt i tjänsteskrivelsen till månadsrapporten. Vidare uppger intervjuade förtroendevalda att uppföljning till viss del också bygger på utförda riskbedömningar. För områden som bedöms ha en högre risk och där givna uppdrag inte kan utföras eller fullföljas sker fördjupade dialoger. Regionen har påbörjat ett införande av systemstödet Stratsys för digitaliserad verksamhetsuppföljning. Enligt projektdirektivet (2020-12-21) är syftet att underlätta planeringsprocessen från styrning till uppföljning genom ett regiongemensamt systemstöd och uppnå en tydligare uppföljning för verksamheten. Införandet är politiskt förankrat. Systemet planeras breddinföras under 2022, efter implementeringen på övergripande ledningsnivå hösten 2021.

I protokollen framgår tydligt att internkontrollplanen följs upp löpande men inte lika ofta som mätplanen. Under 2020 gjordes också justeringar i planen för Hälso- och sjukvårdsnämnden på grund av covid-19-pandemin. Inom ramen för Regionstyrelsens internkontrollplan presenteras ett antal fördjupningsområden vid sammanträdena. Under april 2020 och 2021 presenterade hälso- och sjukvårdsdirektören sin förvaltning och sitt verksamhetsområde för Regionstyrelsen. Det framgår inte i protokollen huruvida det gavs information om verksamheternas konkreta arbete med patientsäkerhet.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts (kap 3 § 10). Det finns även rekommendationer från SKR om att beskriva kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet. Patientsäkerhetsberättelsen blir därmed en del av den uppföljning och internkontroll som finns samt ett medel för invånare i länet att ta del av strukturerad information kring hur Region Värmland arbetar. Regionstyrelsen beslutade om att godkänna patientsäkerhetsberättelsen för 2019 och 2020, om än något senare än vad lagen anger.

Intervjuade tjänstemän och verksamma inom hälso- och sjukvården anger att de inte har möjlighet att se hur Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden styr arbetet för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt lagstadgade krav och på ett ändamålsenligt sätt. Intervjuade med insyn i de högre tjänstemannaleden menar att det finns en tydlig röd tråd från styrning till uppdrag. Intervjuade som är verksamhetsnära ger en delad bild av om uppföljning och internkontroll är tillfredställande. De intervjuade har oftast kännedom om mätplan, patientsäkerhetsberättelse och avvikelssystem. Det finns också en upplevelse av att styrning och uppföljning har utvecklats. Däremot identifierar inte alla en röd

tråd från uppdrag till lokala riktlinjer och rutiner. Det saknas också systematiska uppföljningar av avvikelser och missnöje hos patienter.

Även inom organisationen har det skett förändringar som syftar till att stärka patientsäkerheten, menar intervjuade. I samband med den organisatoriska förändringen av hälso- och sjukvården som genomfördes 2016 etablerades tre nya verksamhetsområden direkt under hälso- och sjukvårdsdirektören: Patientsäkerhetscentrum, Kunskapscentrum och Hälso- och sjukvårdens ledningsstöd. Hälso- och sjukvårdsledningen beslöt 2019-03-27 att optimera samordning och hantering av frågor som rör kvalitet. Därför skedde en organisatorisk sammanslagning av Patientsäkerhetscentrum och Kunskapscentrum. Området leds av en områdeschef som är direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören och som ingår i hälso- och sjukvårdsledningen. Även chefläkarfunktionen ingår här. Området infördes 2019-09-01. Tanken var att chefläkarfunktionen ska arbeta med såväl övergripande strategier som med lokal stöttning av verksamheterna. Denna organisationsförändring är relativt ny och därför svår att utvärdera. Flera intervjuade ser ett tydligare fokus på arbetet med vårdskador och kvalitet genom den samlade funktionen. Kortare beslutsvägar och chefläkarnas mandat gör att de kan arbeta aktivt och med tydligare återkoppling. De intervjuade anser att chefläkarna är viktiga för arbetet med både övergripande och specifik utveckling. Chefläkarna kan ge en samlad bild och stöd i det patientsäkerhetsarbete som sker på olika nivåer inom olika fokusområden. Några intervjuade uppger dock att chefläkarfunktionen inte har det mandat de behöver och att rollen i nuläget framför allt uppfattas vara rådgivande.

Intervjuade uppger att det sker ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete lokalt i verksamheterna. Bland annat sker diskussioner på arbetsplatsträffar (APT) i syfte att samla lärdomar men också för att ändra attityden och skapa en öppen miljö där det är tillåtet att diskutera misstag. Vissa verksamheter har också avsatt resurser för att aktivt och systematiskt analysera inkomna synpunkter och klagomål, både från patienter men också i form av förbättringsförslag från medarbetare, för att kunna ta ett samlat grepp kring patientsäkerheten.

3.1.3. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina roller och uppdrag, genom styrning, uppföljning och intern kontroll till viss del har säkerställt att Regionen efterlever lagstadgade krav på en patientsäker hälso- och sjukvård. Det finns en tydlig styrning utifrån regionplan, nämndplan och mätplan kring vilka mål som verksamheterna ska uppfylla vad avser patientsäkerhetsarbetet. Det är svårt att verifiera att alla lagkrav inom patientsäkerhetsområdet uppfylls. Vi bedömer vidare att det är viktigt att skapa en röd tråd mellan de politiska besluten och styrande dokument som verksamheterna kan känna igen sig i. Det saknas tydlig dokumentation i protokollen kring om åtgärder har beslutats vilket också försvårar vid uppföljning av huruvida dessa har genomförts eller om förbättringar har skett över tid.

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina roller och uppdrag till viss del har säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Det finns en tydlig uppföljning framför allt genom den löpande internkontrollen. Däremot har uppföljningen till stor del varit oförändrad och patientsäkerhetsarbetet skulle stärkas av att den politiska organisationen anpassade indikatorer eller uppföljning utifrån verksamheters perspektiv, med involvering av verksamhetsrepresentanter och chefläkare. En fördjupning av patientsäkerhetsarbetet inom ramen för den interna kontrollen skulle främja styrning och uppföljning ytterligare. För att ytterligare skapa förutsättningar för ett ändamålsenligt arbete krävs det också att patientsäkerhetsstrategin uppdateras. Helseplan bedömer även att om styrning, uppföljning och kontroll ska vara effektiv är det en förutsättning att ledare och medarbetare förstår strukturen, ser att insamlad data används och att det ageras på denna. Granskningen visar att data används men i olika utsträckning. Detta kan leda till svårigheter att upprätthålla motivation och förtroende vilket i sin tur kan göra att kulturen för kontinuerlig uppföljning och förbättring blir lidande. I utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet bör Socialstyrelsens nationella handlingsplan användas som stöd.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Dokumenterar beslut om åtgärder i protokoll för att stärka uppföljning men också tydliggör det politiska ansvarstagandet och den politiska viljan.
- Godkänner patientsäkerhetsberättelsen av inom lagen angiven tidsram.
- Tillsär att patientsäkerhetsstrategin uppdateras.

3.2. Kunskapsåterföring och verksamhetsutveckling

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna *”Har Regionstyrelsen säkerställt att verksamheterna har förutsättningar för att ta del av och använda information och underlag som Patientnämnden samlat in och analyserat?”* samt *”Används Patientnämndens underlag i kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen?”*.

3.2.1. Patientnämndens uppdrag

Patientnämndens uppdrag regleras av Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Lagen ändrades genom SFS 2019:976 (Lag om ändring i lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården) för att bland annat tydliggöra att nämnden ska utföra sina uppgifter självständigt samt att de genom analys ska bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i verksamheterna. Lagändringen medförde ett förstärkt och utökat uppdrag med ökade kostnader som följd. Regionerna kompensades för detta med omfördelade medel från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som riktat statsbidrag. I Region Värmland används medlen till att öka resurserna för att utföra kvalitativa analyser. Patientnämndsenheten arbetar på uppdrag av patientnämnden och fungerar som länken mellan patienterna och vården.

Patientnämndsenheten är organisatoriskt sett åtskild från vården för att säkerställa att uppdraget kan skötas självständigt.

Intervjuade beskriver att Patientnämndsenhetens organisation har förändrats och för tre år sedan blev den en egen enhet. Nämnden har under flera år önskat att arbetet i förvaltningen ska kunna utföras mer fristående. Uppdraget har också tydliggjorts i nämndens mätplan. Enligt intervjuade har formuleringen över tid ändrats från "Nämndens arbete ska användas i större utsträckning i Regionens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling" (2019) till "Nämnden ska säkerställa att analyser och slutsatser inom nämndens verksamhet tas omhand för att bidra till kvalitetsutveckling inom hälso- sjukvård samt tandvård." (2020). Detta ger Patientnämnden mandat att kontakta verksamheterna för att delge dessa de analyser som har tagits fram.

För att skapa förutsättningar och en ökad medvetenhet kring Patientnämndens uppdrag har ett arbete skett inom förvaltningen och inom nämnden. Förvaltningen är i ökad grad uppsökande och verkar mer aktivt för att skapa dialoger med verksamheter, uppger intervjuade inom Patientnämnden/patientnämndsenheten. Nämndens presidie har gästtat Hälso- och sjukvårdsnämndens presidie och där delat med sig av information kring trender och utveckling vad avser klagomål och förbättringsområden för att stötta Hälso- och sjukvårdsnämnden i sitt arbete kring prioriteringar inom sitt ansvarsområde. Hälso- och sjukvårdsnämnden får också del av patientsäkerhetsberättelsen, där patientnämndsenheten för tredje året i rad har fått bidra med underlag. Vidare anger mätplanen från och med 2020 att information ska delas mellan respektive ordförande och internkontrollplanen som följer upp Patientnämndens indikatorer skickas också till Hälso- och sjukvårdsnämnden samt även till Regionstyrelsen. Intervjuade förtroendevalda menar också att Hälso- och sjukvårdsnämnden har blivit mycket tydligare mot sina förvaltningar i att dessa ska använda Patientnämndens underlag för förbättringar.

Ytterligare en förutsättning för att nämnden ska kunna arbeta ändamålsenligt är den nyligen beslutade riktlinjen om *Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering*. Denna ger ett stöd till nämndens arbete och grund för samverkan med andra verksamheter. Samtidigt är den inte tillräckligt känd hos verksamheterna än för att kunna stärka samarbetet mellan olika förvaltningar. För 2020 kunde ingen samlad analys göras enligt riktlinjen då det saknades underlag, vilket uppges i Patientsäkerhetsberättelsen 2020. Detta är till viss del orsakat av avsaknaden av ett gemensamt systemstöd för verksamheterna (se avsnitt 3.2.2.).

Patientnämnden har också under 2021 tagit fram en förfinad påminnelseprocess. Orsaken är att svar från hälso- och sjukvårdsverksamheterna kring inkomna klagomål har uteblivit. Enligt lagen är vårdgivaren skyldig att besvara klagomålen skyndsamt, helst inom fyra veckor. I den uppgraderade processen skickas den andra påminnelsen även till områdeschefen samt till hälso- och sjukvårdsdirektören. Denna förändring har gett effekt och svarsfrekvensen har ökat.

3.2.2. Verksamhetens förutsättningar

Bland de intervjuade finns kännedom om Patientnämndens grundläggande uppdrag. De intervjuade menar att relationen fungerar men att det ibland saknas en löpande dialog. Intervjuade företrädare för hälso- och sjukvårdsverksamheterna är överens om att patientnämndsenheten ger årliga presentationer av övergripande analyser för bland annat chefläkare och på central nivå men att detta inte kommer verksamheterna till del. Det saknas analyser som utformats för specifika verksamheter och relationen med patientnämndsenheten kretsar kring hanteringen av inkomna klagomål. Intervjuade i verksamheterna menar att den dokumentation som finns är snarare sammanställningar än analys och därmed svår att använda som underlag för förbättringar. Det som eftersöks är bland annat jämförelser inom Regionen och över tid för att ta del av *best practice* och *lessons learned*. Intervjuade uppger att det finns en viss problematik i att analyserna utarbetas på central nivå åtskilt från verksamheten och att samverkan med verksamheterna under arbetets gång behöver stärkas för att orsaksanalyser och åtgärdsförslag ska bli skarpere. Detta medför bland annat att det upplevs vara svårt att integrera patientnämndens underlag avseende klagomålshantering med det generella patientsäkerhetsarbetet. Det är inte tydligt hur dessa två områden kan samverka för att skapa förändringar. Riktlinjen *Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering* beskriver att registrerade klagomål och synpunkter från båda avvikelshanteringssystemen sammanställs (se nedan för iakttagelser avseende IT-system) och analyseras på en aggregerad nivå två gånger per år för att ge en övergripande bild av riskområden och hinder för utvecklingen.

Dokumentgranskningen visar att patientnämndsenheten under 2020 har gjort sammanställningar, analyser och diskussionsunderlag² för enskilda verksamheter. Analyserna består av en sammanfattning, information om relevanta lagar, patientens bild och förbättringsförslag samt statistik i form av åldersfördelning, kön med mera. Rapporten inkluderar också information om sådant som sticker ut samt slutsatser. De analyser som har tagits fram redovisas muntligen och skriftligen till berörd verksamhetschef uppger intervjuade inom Patientnämnden/patientnämndsenheten. Det sker även ett uppföljningsmöte för att stämna av om analysen har lett till förbättring i verksamheten. Det bör noteras att verksamheter som har erhållit analyser inte har intervjuats inom ramen för granskningen.

Intervjuade förtroendevalda menar att bristen på kunskap om genomförda analyser kan bero på att de frågor som patientnämndsenheten presenterar inte alltid ses som en del av patientsäkerhetsarbetet. Bland annat arbetar patientnämndsenheten ofta med kategorin bemötande, vilket inte alltid ses som en patientsäkerhetsrisk uppger intervjuade. Företrädare

² Tema för sammanställningar och analyser beslutas av IVO men kan också ske utifrån intresse eller identifierade behov inom vårdverksamheterna.

för Patientnämnden/patientnämndsenheten menar att attityden till patientens klagomål och delaktighet behöver förändras så till vida att verksamheterna bör anta ett mer positivt angreppssätt kring klagomål och se det som en möjlighet till utveckling och inte som kritik.

Intervjuade inom verksamheterna anger också att det finns utmaningar i samverkan med patientnämndsenheten eftersom deras uppdrag till viss del styrs av sekretess och verkar inom andra lagrum än hälso- och sjukvården. Det försvårar möjligheterna för att genomföra förbättringar eftersom data är på en aggregerad nivå och flera efterlyser ett sätt att skapa ett mer transparent samarbete. Samtidigt lyfter de att det också behöver ske ett större samarbete mellan klinikerna eftersom klagomål eller patientsäkerhetsarbete kan ha flera beröringspunkter inom hälso- och sjukvården.

En utmaning är att patientnämndsenheten använder en modul i IT-systemet Platina för att handlägga inkomna klagomål. Hälso- och sjukvårdsverksamheterna har anvisats att använda avvikelshanteringssystemet Flexite Aha och har inte åtkomst till Platina och patientnämndsenhetens modul. Detta medför att det är svårt att arbeta med förbättringar samlat eftersom underlaget finns på fler än ett ställe. Intervjuade uppger att det är ett välkänt problem att ärenden hanteras i olika systemstöd. En förutsättning för att kunna aggregera data är att den kategoriseras på samma sätt. Patientnämndens kategorier är framtagna i samråd med samtliga patientnämnder i Sverige och med IVO. Patientnämndsenheten har stöttat Region Värmland i att ta fram relevanta kategorier för Flexite Aha. Företrädare för verksamheterna menar också att det bör vara lättare för patienten eller närstående att lämna sina synpunkter på vården. Tröskeln för att höra av sig till nämnden och därmed skapa ett diariefört klagomål kan ibland upplevas som hög. Verksamheterna ser därför över andra sätt att ta emot synpunkter och hälso- och sjukvårdsledningen har beslutat att samtliga verksamheter ska starta upp e-tjänsten "Lämna synpunkter eller klagomål" kopplad till enhetens utbud på 1177.se senast den 31 december 2021. Även dessa inkomna synpunkter blir diarieförda men det kan från patientens sida upplevas som lättare att lämna dem. När patienten eller den närstående har ännu fler sätt att nå vården med synpunkter krävs ett sammanhållet systemstöd. Dessa synpunkter samlas i en process i Flexite Aha och möjliggör ett systematiskt, kvalitetssäkrat och GDPR-godkänt arbetssätt för att hantera inkomna kommentarer. Hanteringen sker enligt ett flöde som följer rutinen *Hantering av synpunkter och klagomål från patient eller närstående som inkommer direkt till verksamheten*.

3.2.3. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen inte tillräckligt har säkerställt att verksamheterna har förutsättningar för att ta del av och använda information och underlag som Patientnämnden samlat in och analyserat. Det handlar framför allt om avsaknaden av kunskap kring patientnämndsenhetens utökade uppdrag inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Detta leder till att enhetens kompetens inte nyttjas ändamålsenligt och att verksamheterna inte ser hur en dialog kan leda till att patientsäkerhetsarbetet stärks långsiktigt.

Helseplan bedömer att det är viktigt att det finns ändamålsenliga IT-stöd för att stötta verksamhetens kvalitetsarbete. Data kan idag inte aggregeras mellan de systemstöd som används inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna och inom Patientnämnden. Det är viktigt att det finns förutsättningar för att på ett ändamålsenligt sätt aggregera data för att erhålla underlag som visar helhetsbilden.

Helseplan bedömer att Patientnämndens underlag inte används i tillräckligt stor utsträckning i kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen. Arbetet med patientnämndens underlag sker inte tillräckligt strukturerat inom hälso- och sjukvården. Patientnämndsenheten har fått ökade förutsättningar för att bidra med kvalitativ analys och arbetar även på andra sätt för att göra sitt uppdrag känt. Enheten förknippas ofta med det traditionella uppdraget avseende hantering av inkomna klagomål. Patientnämnden behöver tillsammans med verksamheterna också utveckla samverkansmöjligheterna och skapa förutsättningar för transparens utifrån befintliga sekretessbestämmelser.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Säkerställa att Patientnämndens uppdrag tydliggörs i verksamheterna. Detta arbete bör ske tillsammans med ansvarig styrelse och nämnder samt sakkunniga i form av chefläkarfunktionen.
- Undersöka möjligheterna till att utveckla samverkan och kommunikation mellan patientnämndsenheten och hälso- och sjukvårdens verksamheter inom ramen för befintliga lagkrav.
- Säkerställa att det finns en ändamålsenlig och breddimplementerad IT-struktur som skapar förutsättningar för att aggregera data samt att inom lämplig tidsram följa upp denna.

3.3. Analyser, mål och uppdrag inom patientsäkerhetsarbetet

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna *”Finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador?”* samt *”Har Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om mätbara mål och tydliga uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador?”*.

3.3.1. Mål för att arbeta med att minska vårdskador

Det är en utmaning att mäta och följa upp patientsäkerhet. Patientsäkerhet är ett relativt nytt område och hittills har störst fokus legat på att mäta den vård som bedrivs inom ramen för sjukhusens uppdrag. Indikatorerna har oftast varit inom somatisk vård som exempelvis vårdrelaterade infektioner, trycksår och kirurgiska vårdskador. Det pågår, via Socialstyrelsen, en utveckling av nationella indikatorer inom patientsäkerhet i syfte att fånga områden som

patientsäkerhetskultur och kopplingar mellan patientsäkerhet, kvalitetsutveckling och arbetsmiljö.

Under avsnitt 3.1.1. redogjordes kort för vilka styrmedel som Hälso- och sjukvårdsnämnden har samt vilka mål som finns enligt mätplanen. I mätplanen för 2021 finns under rubriken "Patientsäker vård" följande mål: *Andel patienter med vårdrelaterad infektion, Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår, Andel patienter 65 år och äldre som riskbedömts för trycksår och fall, nutrition och munhälsa vid slutenvårdstillfälle, Andel patienter med vårdskada per sjukhus, Avvikelsehantering, Uppföljning läkemedel samt Beläggningsgrad redovisas som andel somatiska och psykiatriska vårdavdelningar med beläggning ≥ 90 procent.* Även mål som inte direkt rör patientsäkerhet kan indirekt leda till att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador, till exempel återställning av uppskjuten vård, vård på rätt vårdnivå, utveckling av vården men också en ökad samverkan regionalt och lokalt.

I Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag ingår också att följa upp verksamheten och ekonomin samt genomföra regelbundna redovisningar till Regionstyrelsen. Detta görs bland annat genom delårs- och årsbokslut men också genom löpande månadsrapportering. Protokollsgranskningen visar att detta sker utifrån de planer för internkontroll som finns. Däremot är det svårt att styrka att det ges tydliga uppdrag som syftar till att minska kostnaderna för vårdskador. Det är inte tydligt utifrån styrande dokument om det finns en relation mellan mätbara mål och den ekonomiska uppföljningen.

3.3.2. Brist på analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter

Enligt intervjuade inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och i verksamheterna finns det inga specifika analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador. Däremot uppger intervjuade att det finns flertalet nationella övergripande beräkningar, till exempel från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), som ger exempel på kostnader i form av extra vårddagar orsakade av vårdskador. Dessa kan användas i utbildningssammanhang. Enstaka intervjuade uppger att det har gjorts ekonomiska analyser för flera år sedan, genom att till exempel följa upp lex Maria-ärenden, men att kunskapen om kostnaderna finns i organisationen. Bristen är att kunskapen och medvetenheten inte används för att skapa förändring och på lång sikt uppnå en större kostnadseffektivitet.

Intervjuade med insyn i den övergripande styrningen av Region Värmland uppger att det görs generella ekonomiska analyser som delas inom de högre tjänstemannaleden och i den politiska organisationen. En anledning till att det inte finns några specifika analyser är att det är svårt att veta vad som ska mätas och hur exakta kostnader ska beräknas menar intervjuade. Det finns en medvetenhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen att undermålig kvalitet kostar men det finns flera faktorer att ta hänsyn till vid en eventuell beräkning. Diskussionen om vad som kan och bör mätas som pågår på nationell nivå finns även i Regionen och intervjuade nämner till exempel vikten av att ha och behålla hög kompetens för patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur. Effekten av lägre kompetens, exempelvis om erfaren personal slutar, är

svår att mäta på patientsäkerhet och i slutändan kvalitet och ekonomi. Enligt intervjuade har Regionen nyligen rekryterat en roll/person som ska arbeta med analys av ekonomiska effekter. Påverkan på patientsäkerheten av hög- eller överbeläggning har diskuterats länge och balansgången mellan att utnyttja de vårdplatser som finns av ekonomiska skäl och samtidigt behålla tillräckligt mycket flexibilitet för att säkerställa en hög patientsäkerhet är något som nämns av de intervjuade liksom arbetsmiljöns påverkan på patientsäkerheten.

Detaljerade mål är svåra att sätta på en övergripande nivå i den komplexa verksamheten som hälso- och sjukvården är. Intervjuade menar att mål på övergripande nivå är nödvändiga men att effekten erhålls när verksamhetscheferna har förtroende från de högre tjänstemannaleden. Mandat behöver finnas för att de ska kunna fatta egna beslut om nedbrytning av mål till en konkret verksamhetsnivå och om förbättringsarbeten i verksamheten. Tilliten handlar om att såväl få det stöd som behövs som att ha mandat att fatta ekonomiska beslut i frågan. Styrningen behöver också bli tydligare utifrån vad som är acceptabla nivåer. Även om det finns riktlinjer i form av högst eller lägst nivå (se avsnitt 4.1. för statistik) så behöver det finnas tydligare riktvärden för när åtgärder ska sättas in.

3.3.3. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att det inte finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka den ekonomiska uppföljningen av de utvecklingsområden och åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet som pågår samt vid behov utreda vad konsekvenserna blir om målen inte uppnås. Samtidigt är det svårt att bedöma kostnader och när ett sådant arbete görs är det centralt att det sker med valida data som grund. Helseplan bedömer att det är viktigt att det finns kunskap och medvetenhet om effekterna av vårdskador, inklusive ekonomiska kostnader, för att kunna bedriva ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

Helseplan bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om mätbara mål och att uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador delvis är tydliga. I nämnd- och mätplan finns inte enbart indikatorer som ska leda till en säker vård utan också mål som direkt eller indirekt syftar till att främja patientsäkerheten och kvaliteten i hälso- och sjukvården. Den politiska uppdragsstyrningen blir otydligare ju längre bort i linjeorganisationen som medarbetaren är och därför är det viktigt att det finns en röd tråd och tydliga uppdrag för att viljeinriktningen kring hur arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador ska vara känd i verksamheterna.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Säkerställer att det finns tillräcklig kunskap inom verksamheterna för att specifikt och på en övergripande nivå arbeta med patientsäkerhetsarbete i syfte att uppnå förväntade ekonomiska effekter.

3.4. Åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna *”Vilka åtgärder har Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit för att minska förekomsten av vårdskador?”* samt *”Har Hälso- och sjukvårdsnämnden följt upp resultatet av vidtagna åtgärder och det arbete som pågår för att minska förekomsten av vårdskador?”*.

3.4.1. Åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador

Under avsnitt 3.1.1. redogjordes kort för vilka styrmedel som Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden har för att vidta åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador samt för att följa upp resultatet. Ytterligare ett sätt att öka styrningen mot vissa åtgärder är att avsätta riktade ekonomiska medel. Så har till exempel skett för att öka tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri, menar intervjuade. Inom ramen för covid-19-pandemin har också en journalgranskning genomförts av samtliga patienter med covid-19.

Intervjuade uppger att en stor del av styrningen handlar om att rapportera olika mätetal som sedan följs upp inom ramen för internkontrollprocessen. Denna typ av uppföljning ger information om hur det löpande arbetet går men ger få incitament till att genomföra förändringar som ger verklig skillnad i verksamheten och för patienten. Det är också otydligt hur Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden använder dessa data för att styra. Återigen menar intervjuade framför allt inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna att det saknas handlingskraft på verksamhetsnivå, det vill säga inom klinikerna, för att genomföra tillräckliga och ändamålsenliga aktiviteter för att uppnå målen. Den politiska uppföljning som finns är kvantitativ och ger inga ökade incitament eller tydligare förutsättningar för att vidta åtgärder för att minska vårdskadorna. Däremot redovisas data över tid vilket ger information om hur utvecklingen har sett ut för enskilda indikatorer och några intervjuade menar att Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har frågat efter rapporter kring god medicinsk kvalitet. Störst effekt har, enligt intervjuade i verksamheterna, de egna uppföljningarna som görs och som till exempel leder till att lokala handlingsplaner tas fram. De egna uppföljningarna kan göras genom till exempel markörbaserade journalgranskningar och det är en fördel om det finns avsatta resurser för att arbeta systematiskt med frågorna. Samtidigt menar intervjuade att en utmaning är att uppföljning oftast görs utifrån redan identifierade problem och således inte bidrar till att kartlägga nya utmaningar. Några intervjuade hänvisar också till att det är bättre att mäta närvaron av säkerhet istället för som idag frånvaron av vårdskador. I intervjuer betonas också att det verksamheterna i ökad omfattning arbetar med eller avser arbeta med är att skapa en kultur kring förbättringsarbete inom ramen för patientsäkerhet som grund för det vårdskadeförebyggande arbetet. Det är också viktigt att det hålls kontinuerliga utbildningar för medarbetare om hur olika typer av vårdskador förebyggs samt att detta är en tydlig del av standardiserade utbildningar för bland annat AT- och ST-läkare. Intervjuade menar också att Region Värmland har en tydlig struktur för kunskapsstyrning samt en tydlig organisation för patientsäkerhet vilket medför en ökad kännedom kring frågorna men också möjligheter att få stöd för bland annat analys. Samtidigt uppger intervjuade att det stöd

som erbjuds inte är tillräckligt för att lösa specifika utmaningar på verksamhetsnivå. Det finns också en ökande medvetenhet kring att vårdskador är en klinikövergripande utmaning och att det krävs samarbete för att minska dem. Enstaka intervjuade hänvisar till att den så kallade PDSA-cykeln³ används för att arbeta med förbättringar.

En utmaning som inte adresseras i styrdokument är avsaknaden av ändamålsenliga IT-system. Idag behöver till exempel medarbetare dubbelregistrera läkemedelsinformation i journalsystemet COSMIC och i Pascal för dospatienter. Detta medför att det skapas patientsäkerhetsrisker som hade kunnat förebyggas. Ytterligare en utmaning är icke ändamålsenliga lokaler. För att kunna arbeta med ökad patientsäkerhet inom samtliga vårdområden behöver fastighetsfrågan i ökad grad lyftas in i hälso- och sjukvården menar intervjuade. Den nuvarande organisationen av uppdrag och ansvar inom politik och förvaltning försvårar framtagandet av lösningar eftersom fastighetsutveckling inte är en del av hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag.

Intervjuade menar också att den politiska organisationen har ett ansvar att efterfråga utveckling och förbättring inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna på ett mer detaljerat plan. Mätetalen som presenteras är inte applicerbara för samtliga verksamheter vilket gör att de inte kan tjäna som underlag för utveckling. Den verksamhet som enbart behöver redovisa övergripande mätetal kommer inte att bedriva ett arbete för att kartlägga andra områden som skulle kunna leda till att vårdskadorna minskar. Intervjuade inom verksamheten anger att de gärna hade sett större krav på specifik uppföljning på kliniskt relevanta parametrar för att kunna arbeta med kvalitet och patientsäkerhet.

3.4.2. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen respektive Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador. Den politiska styrningen sker framför allt utifrån mål och internkontroll. Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att den politiska viljeinriktningen är känd igenom hela organisationen samt även kontinuerligt efterfråga vilket arbete som har utförts inom verksamheterna för att stärka patientsäkerheten.

Helseplan bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp resultatet av vidtagna åtgärder och det arbete som pågår för att minska förekomsten av vårdskador. Däremot kan uppföljningsfokus kompletteras med uppföljningar som i högre utsträckning tillvaratar verksamhetens erfarenheter och perspektiv. Uppföljningarna kan kompletteras med medicinska och omvårdnadsmissiga kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen presenterar indikatorer under

³ PDSA-cykeln är en cirkulär modell för lärande: Planera (Plan), Göra (Do), Studera (Study) och Agera (Act).

september 2021, vilka kan användas som underlag för Regionens utveckling av uppföljningen. Tillsammans med verksamhetsnära funktioner och chefläkare bör man diskutera vilka mått som kan kompletteras på övergripande nivå, samt vilka mått respektive verksamhet ska följas upp på. För att så ska ske behöver det också finnas tillräcklig analyskapacitet kopplat till exempelvis chefläkarfunktionen. För att stärka patientsäkerhetsarbetet skulle det också behövas ökad fokus på hur patientsäkerhetskultur utvecklas och följs upp i verksamheterna.

Utifrån identifierade förbättringsområden rekommenderar vi att Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden,

- Följa utvecklingen av indikatorer inom patientsäkerhetsområdet inom ramen för Socialstyrelsens nationella handlingsplan och se över behovet att utveckla nya indikatorer som omfattar Region Värmlands uppföljning av vidtagna åtgärder för att minska vårdskador.
- Arbeta med att skapa förutsättningar för målsättningar och patientsäkerhetsarbete på lokal nivå genom att till exempel efterfråga sammanställningar av relevant information som kan bidra till det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

4. Uppföljning av rekommendationer 2017

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågan *”Har åtgärder vidtagits med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i de tre ursprungliga granskningarna (2017)?”*.

4.1. Utvecklingen sedan 2017

Nedanstående statistik är hämtad från Vården i siffror och syftar till att illustrera utvecklingen som har skett sedan 2017. Statistiken ger endast en fingervisning och ska inte ses som heltäckande för att bedöma Region Värmlands arbete inom patientsäkerhet. De utvalda indikatorerna är brett accepterade som relevanta mått på patientsäkerhet men utgör också ett snävt urval av befintlig och tillgänglig data. Data bör tolkas med försiktighet då covid-19-pandemin påverkade hälso- och sjukvården och kan ge en felaktig bild av förbättringar respektive försämringar.

Följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler är en processindikator som visar andel av observerade personer som korrekt följer samtliga moment i grundläggande hygienrutiner och klädregler. Momenten är korrekt desinfektion före och efter patientnära arbete, korrekt användning av handskar eller plastförkläde, kort eller uppsatt hår, korrekt arbetsdräkt och inga ringar, klockor eller liknande smycken. Verksamheterna rättspsykiatri och tandvård är exkluderade. Region Värmland har under de senaste åren minskat i följsamhet, från 84 procent år 2017 till 79 procent år 2019. År 2020 noterades en ökning till drygt 86 procent, vilket skulle kunna härledas till covid-19-pandemin. Regionens värden ligger stabilt över det nationella genomsnittet. Målet är att ha en så hög följsamhet som möjligt.

Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar är en resultatindikator som visar andelen avslutade vårdtillfällen där patienter 65 år och äldre oplanerat återinskrivits på sjukhus 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle. Denna indikator är ett nationellt mått som beskriver kvaliteten i slutenvården men också i det sammanhållna vård- och omsorgssystemet som helhet. Den belyser om utskrivning, uppföljning och fortsatt omhändertagande av patienten är tillräckligt samordnat. Data för Region Värmland varierar något över åren. År 2017 mättes 18 procent och 2020 mättes 16 procent. Ett så lågt värde som möjligt är önskvärt. Regionens resultat följer i stort den nationella utvecklingen.

Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård är en resultatindikator som visar andel patienter i somatisk slutenvård som har en eller flera vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner är vanligt förekommande skador som kan spridas via andra patienter, personalens händer eller kläder, otillräckligt rengjorda instrument eller miljön. Den kan också uppkomma när mikroorganismer i patientens egen bakterieflora sprids till fel ställe i kroppen exempelvis vid en operation eller som en biverkning av läkemedelsbehandling. Mätning utgår från observationer, vilket kan påverka resultatet. Andelen patienter ska vara så lågt som möjligt och 2018 sänkte Region Värmland sin andel till 8 procent men den ökade igen 2019 till knappt 10 procent. Trenden för det nationella genomsnittet är mer stabilt men även den uppvisar en ökning över tid och låg 2019 på drygt 9 procent.

4.2. Uppföljning av tidigare granskningar

Nedan tabell visar en uppföljning av de rekommendationer som gavs till Regionstyrelsen i samband med tre granskningar som genomfördes 2017. Uppföljningen har gjorts utifrån Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområden.

Rekommendation 2017	Uppföljning 2021
Granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador	
Landstingsstyrelsen bör ta ett större eget ansvar för att utveckla och tydliggöra landstingsfullmäktiges mål inom området patientsäkerhet/ minskning av vårdskador för hälso- och sjukvårdsverksamheterna. På det sättet kan en röd tråd skapas från landstingsfullmäktiges övergripande mål till verksamheternas mål och uppföljning av vårdskador.	Förtroendevalda uppger att styrnings- och ledningsstrukturen har utvecklats på olika sätt. Samtidigt menar intervjuade i verksamheterna att de inte upplever en ökad tydlighet och att det är samma mål. De intervjuade menar att det saknas en dialog kring vilka målen är, vad de betyder och hur de kan utvecklas.
Landstingsstyrelsen bör i större utsträckning vid redovisning av resultat inom patientsäkerhetsområdet genomföra analyser om varför beslutade mål inte uppnås.	Intervjuade uppger att mätplanen följs upp och att den lagstadgade patientsäkerhetsberättelsen skrivs årligen. Hälso- och sjukvårdsnämnden får dessutom en skriftlig och muntlig rapport som belyser vilka händelser som har inträffat och vilka planer det finns. Intervjuade saknar en diskussion kring hur åtgärder ska genomföras samt hur

	målen ska kunna uppnås.
Utifrån analyser om varför inte vårdskador minskar i önskad utsträckning bör det utformas handlingsplaner inom de mest kritiska områdena.	Intervjuade i verksamheterna uppger att de inte känner till handlingsplaner på övergripande nivå men kan däremot ge exempel på förbättringsarbeten som har genomförts.
Landstingsstyrelsen bör säkerställa att det tas fram en övergripande handlingsplan för hur patientsäkerhetsstrategin ska verkställas.	Intervjuade i verksamheterna känner till strategin för olika år men har ingen kunskap om huruvida det också finns en handlingsplan för hur respektive strategi ska verkställas. Det finns idag ingen reviderad och godkänd patientsäkerhetsstrategi.
Redovisningen av patientsäkerhetsarbetet och resultat till landstingsstyrelsen bör i större utsträckning redovisas på verksamhets- och områdesnivå.	För att redovisa patientsäkerhetsarbetet löpande nyttjar verksamheterna tertialrapporten. Verksamheterna följer också upp rapporterade avvikelser och lex Maria samt utvalda indikatorer. Samtidigt menar intervjuade att det saknas en överblick över helheten och över tid på ett uthålligt sätt. Det finns ett pågående kontinuerligt arbete men det saknas stringens.
Granskning av ärenden i Patientnämnden	
Säkerställer att det som framkommer i Patientnämndens arbete används i större utsträckning i landstingets kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling.	Även om patientnämndsenheten i högre grad arbetar med uppsökande verksamhet och om Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer hårdare krav på att verksamheterna ska vara delaktiga i klagomålsprocessen så används inte Patientnämndens arbete i större utsträckning i Regionens kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling enligt intervjuade.
Genomför en mer samlad analys av patientsäkerhetsarbetet där Patientnämndens analyser och sammanställning är ett av underlagen.	Patientnämnden har fått utrymme för ett eget kapitel i Patientsäkerhetsberättelse 2020 och kan på detta sätt beskriva sitt arbete samt strukturerat delge information om avvikelser och resultat. Intervjuade, inklusive förtroendevalda, uppger att de inte har kännedom om huruvida det finns en mer samlad analys där Patientnämnden bidrar med underlag.
I samverkan med Patientnämnden säkerställer att landstingets verksamheter har kunskap om Patientnämndens uppdrag och begränsningar.	I intervjuer blir det tydligt att det är framför allt verksamhetschefer och erfarna medarbetare som har kunskap om Patientnämndens uppdrag. Det återstår ett arbete kring att skapa kännedom kring och förtydliga Patientnämndens uppdrag för samtliga medarbetare på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.
Patientsäkerhet - uppföljning	
Det fortsatt finns ett behov av att arbeta med att förbättra patientsäkerhetskulturen i Landstinget. Bland annat att intensifiera arbetet med att främja förbättringar i vardagliga rutiner för att minska antalet vårdskador i enlighet med nollvisionen.	De intervjuade upplever att patientsäkerhetskulturen har blivit bättre över tid. Idag finns det en större transparens, det finns möjlighet att lyfta ärenden i olika forum och det finns tillgång till mer stöd och stöttning. Tidigare utsågs det ofta en syndabock. Samtidigt är de intervjuade överens om att arbetet inte får avstanna nu utan att kulturen måste fortsättas utvecklas. Vad avser arbetet med nollvisionen så är den känd hos en del intervjuade men inte alla. De som har kunskap menar att Område

	vårdkvalitet och chefläkarorganisationen finns som stöd för verksamheterna i att uppnå den.
Det finns behov av att skapa systematik vad gäller riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser i enlighet med vad som anges i lagstiftningen.	Det finns strukturer inom enskilda verksamheter och den övergripande organisationen för att skapa systematik men i det dagliga arbetet är vissa verksamheter bättre på att rapportera avvikelser. Intervjuade uppger att det finns kompetens för att arbeta med riskanalyser och analyser generellt men verksamheter upplevs inte ta sig den tiden samt brister i att involvera patienten i tillräcklig utsträckning. Införandet av IT-system för digital verksamhetsuppföljning kan på sikt stärka systematiken men det kräver också att data kan aggregeras från olika systemstöd för att skapa en helhetsbild menar intervjuade.
Landstingsplanen är fastställd av landstingsfullmäktige, en iakttagelse är dock att landstingsplanens ambitiösa målsättning inom området patientsäkerhet följs i huvudsak upp med processmått. Det finns få mål som avser uppnådda resultat.	Vissa intervjuade inom verksamheten anger att det inte finns någon målsättning men andra uppger att det finns resultat- och processmått som följs upp kontinuerligt.
Landstinget har under 2016 genomfört två större organisationsförändringar. Hälso- och sjukvården organiserades, från 1 april 2016, i två områden från att tidigare varit organiserad i sju divisioner. Efter en stabsöversyn genomfördes även en omorganisation av landstingets staber. Den nya stabsorganisationen gäller från den 1 januari 2017. Organisationsförändringar innebär ofta ökade risker för att något ska gå fel i verksamheten. Det är i detta sammanhang särskilt viktigt för landstingsstyrelsen att följa utvecklingen utifrån ett riskperspektiv.	Intervjuade verksamhetschefer är överens om att omorganisationen till två områden har gynnat hälso- och sjukvården. Den har medfört en plattare organisation där kunskapsutbytet och samarbetet mellan verksamheterna stärks och möjligheten till direktkontakt med hälso- och sjukvårdsdirektören är större. Detta har också lett till att patientsäkerhetsriskerna har minskat eftersom kännedomen om andra verksameters arbete är större.
Olika funktioner som är viktiga för Landstingets övergripande patientsäkerhetsarbete återfinns inom olika organisatoriska enheter. Det är viktigt att alla funktioner som,	De omorganisationer som har skett har syftat till att samla funktioner som arbetar med patientsäkerhetsarbetet centralt. Särskilt chefläkarnas funktion bedöms vara viktig men intervjuade uppger också att det finns utrymme för att skapa ett mer fungerade och strukturellt samarbete.

på ett eller annat sätt, ingår i landstingets patientsäkerhetsarbete samverkar på ett bra sätt.	
---	--

4.2.1. Bedömning

Helseplan bedömer att det till viss del har vidtagits åtgärder med anledning av de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framförde i de tre ursprungliga granskningarna (2017). Samtidigt är det svårt att bedöma hur stor andel av åtgärderna som hade genomförts om inte 2020 hade präglats av covid-19-pandemin.

Vi bedömer vidare att det fortsatt saknas en strukturell samverkan för att hela organisationen ska kunna arbeta mer systematiskt med patientsäkerhetsarbetet. Framför allt behöver det skapas en tydligare politisk ledning och styrning där distinkta mål sätts upp i dialog med verksamheten och det också förklaras vad målen ska syfta till.

5. Övergripande revisionsfråga

Detta avsnitt besvarar den övergripande revisionsfrågan: *”Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt”.*

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, endast delvis har inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Bedömningen grundar sig i att det finns en politisk viljeinriktning för att genom nämndplan, mätplan och internkontroll bedriva ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Däremot identifierar inte alla, särskilt inte den enskilda medarbetaren i verksamheten, en röd tråd från uppdrag till lokala riktlinjer och rutiner. Det finns kompetens och kunskap inom verksamheterna kring patientsäkerhet, både vad avser kvalitet och ekonomiska faktorer, men det saknas till viss del förutsättningar och handlingskraft för att arbeta med förbättrad patientsäkerhet. Det finns tydliga indikatorer för att följa upp patientsäkerhetsarbetet men dessa är inte alltid tillämpliga för det arbete som den enskilda verksamheten bedriver. Patientnämndsenheten tar fram analytiska underlag men dessa upplevs inte alltid vara relevanta. Det krävs en utveckling för att skapa ett mer fungerande samarbete och för att verksamheterna ska få underlag som de upplever som mer relevanta. Chefläkarfunktionen ligger direkt under Hälso- och sjukvårdsdirektören och har därmed fått en tydligare roll. De behöver ha större möjlighet att utföra analyser och agera som en tydligare länk mellan den politiska organisationen, verksamheten och Patientnämnden.

Bilaga 1 – Intervjuförteckning

Funktion
Ordförande, Regionstyrelsen
1:e vice ordförande, Regionstyrelsen
Ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
Ordförande, Patientnämnden
Vice ordförande, Patientnämnden
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Chefläkare, Hälso- och sjukvård
Överläkare vårdhygien, Smittskydd Värmland
Områdeschef, Område vårdkvalitet
Enhetschef, Farmacitjänstenheten
Enhetschef, Klinisk kunskapsstödsenhet
Utvecklingsledare, Patientsäkerhetsenheten
Områdeschef, Område slutenvård
Områdeschef, Område öppenvård
Verksamhetschef, Barn- och ungdomsmedicin samt Medicinskt sakkunnig lex Maria
Verksamhetschef, Ortopedi Arvika och Karlstad
Verksamhetschef, Kirurgi
Verksamhetschef, Medicin
Verksamhetschef, Akutkliniken
Tf Verksamhetschef, Psykiatrisk öppenvård
Verksamhetschef, Psykiatrisk slutenvård
Enhetschef, Patientnämndsenheten