

2019-06-04

Till  
Regionfullmäktige

För kännedom  
Styrelse/nämnder

### Granskning – Uppföljning avvikelser i vården

Etablerade arbetssätt avseende hantering av avvikelser är nödvändig för ett uppföljnings och förbättringsarbete i syfte att skapa en effektiv och säker verksamhet utifrån olika intressenters krav. Brister i avvikelserapportering kan till exempel innebära att allvarliga problem och risker inte blir synliggjorda och/eller att organisationens alla medarbetare inte lär av sina misstag (avvikelser som underlag för en lärande organisation).

År 2015 genomförde PwC på uppdrag av regionens revisorer en granskning på området. I det svar som lämnades från regionstyrelsen på revisorernas rapport framgick att åtgärder skulle vidtas.

Revisorerna i Region Gävleborg har utifrån sin risk och väsentlighetsanalys beslutat att genomföra en uppföljande granskning av avvikelser i vården och uppdragit till PwC att genomföra granskningen.

Granskningen har besvarat följande revisionsfråga:

Har regionstyrelsen utifrån tidigare noterade brister vidtagit åtgärder och säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering?

Vår sammanfattade revisionella bedömningen är att regionstyrelsen **till övervägande del** hanterat de brister som framkommit i tidigare genomförd granskning.

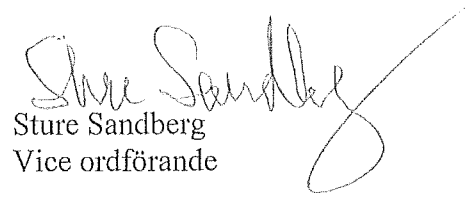
Med utgångspunkt från de iakttagelser och bedömningar som har framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Säkerställa att fastställda rutiner och beskrivningar efterföljs.
- Fortsätta utbildningsarbetet avseende avvikelshantering.
- Arbeta systematiskt med att följa upp avvikelser.
- Fastställa internkontrollplan för år 2019.

Gävle 2019-06-04

För Region Gävleborgs revisorer

  
Olof Bengtsson  
Ordförande

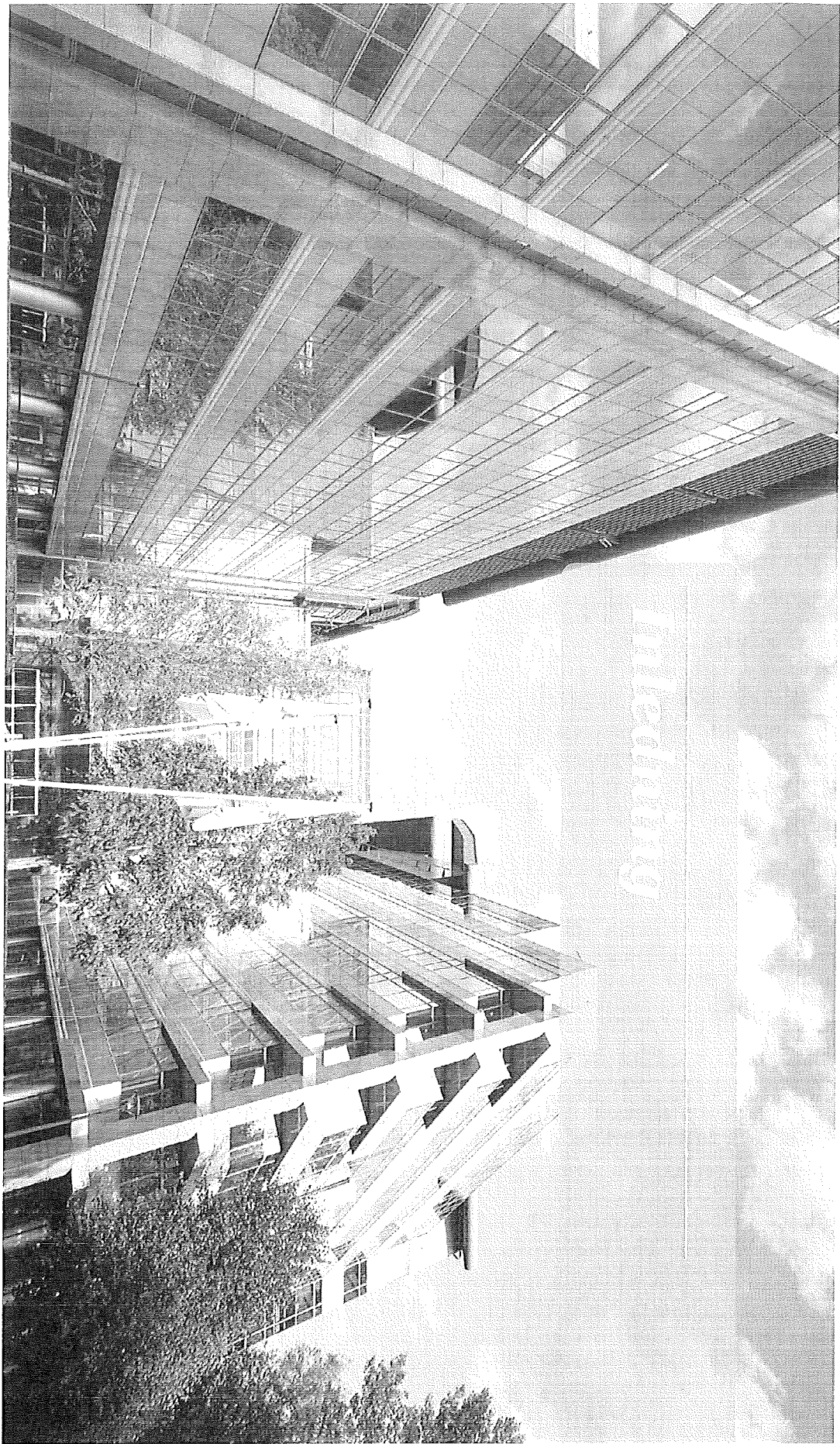
  
Sture Sandberg  
Vice ordförande

*Uppföljning av granskning –  
Avvikelser i vården*

Maj 2019

Karin Magnusson  
Malou Olsson  
Oskar Månsson

**pwc**





## *Bakgrund*

Etablerade arbetssätt avseende hantering av avvikelser är nödvändig för ett uppföljnings och förbättringsarbete i syfte att skapa en effektiv och säker verksamhet utifrån olika intressenters krav. Brister i avvikelserapportering kan till exempel innebära att allvarliga problem och risker inte blir synliggjorda och/eller att organisationens alla medarbetare inte lär av sina misstag (avvikelser som underlag för en lärande organisation).

År 2015 genomförde PwC på uppdrag av regionens revisorer en granskning på området.

I det svar som lämnades från styrelsen på revisorernas rapport framgick att åtgärder skulle vidtas.

Utifrån genomförd riskanalys inför 2019 har revisorerna med anledning av detta beslutat om att följa upp de åtgärder som vidtagits i avseende till tidigare revisionsrapport.

## *Uppföljning avser granskning:*

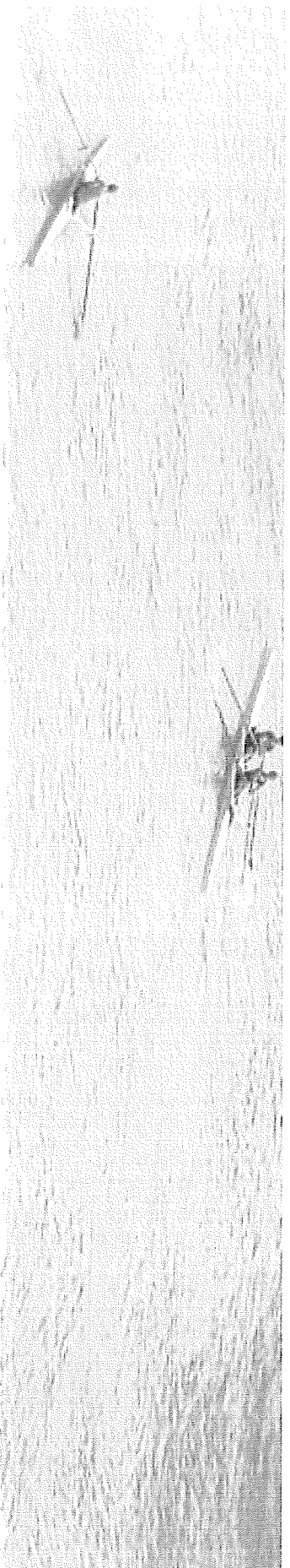
Hantering av avvikelshantering i vården.

### *Revisionsfråga*

*Har regionstyrelsen utifrån tidigare noterade brister vidtagit åtgärder och säkerställt en ändamålsenlig avvikelshantering?*

### *Metod*

Genomgång av beslut och styrande dokument samt intervjuer och avstämningar med verksamhetsföreträdare som bedömts vara aktuella inom ramen för granskningen.



## *Omfattning*

- Har regionstyrelsen säkerställt att utbildningsinsatser genomförs inom avvikelsehantering riktat mot chefer och medarbetare?
- Finns det uppdaterade rutiner anpassade utifrån den nya modulen för avvikelsehantering?
- Har regionstyrelsen säkerställt att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål (90 % avslutas inom 90 dagar)?
- Är det tydligt gjort vem som är handläggare vid avvikelsehantering inom respektive verksamhetsområde och finns lokala rutiner som beskriver resp. arbetssätt?
- Har regionstyrelsen säkerställt att standardrapporter har tagits fram i Cyklop som möjliggör systematiska analyser?
- Har regionstyrelsen säkerställt att det finns flödesbeskrivning avseende lex Maria ärenden till Socialstyrelsen?

# Granskning av Hantering av avvikelser i Region Gävleborg (november 2015)

## Rekommendationer som lämnades:

- Fortsätta utbildningsaktiviteter för att säkerställa medarbetarnas kunskaper om avvikelser, stödsystem, samt hur och på vilket sätt avvikelser skall rapporteras.
- Åtgärder för att hantera oavslutade ärenden i avvikelssystemet.
- Ett tydliggörande av de uppgifter som kvalitetsansvariga ska ha i processen kring avvikelser.
- En utveckling av övergripande analyser i syfte att få ett helhetsperspektiv.
- Ett säkerställande av att lex Maria ärenden i alla lägen hanteras utifrån lagstiftning och rutiner.

## Regionstyrelsens åtgärder enligt svar till revisorerna:

Utbildningsinsatser riktade mot chefer och medarbetare kommer att genomföras under hösten 2016 i samband med att en ny utvecklad modul för avvikelshantering i Platina införs.

Samtliga verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvården har i mars 2016 fått i uppdrag att inom sitt verksamhetsområde gå igenom varje enhets oavslutade avvikelser och vidta åtgärder så de hanteras och avslutas

PwC

utifrån uppsatta mål (90 % avslutas inom 90 dagar). Arbetet med att gå igenom och hantera oavslutade avvikelser skall vara avslutat innan sommaren 2016.

I samband med införande av ny modul för hantering av avvikelser i Platina kommer andra än chefer kunna vara handläggare av avvikelser. Varje verksamhetsområde ska i en lokal rutin beskriva sitt arbetssätt.

I samband med införande av den nya modulen kommer det tydliggöras för chefer och handläggare hur prioriterade målområden ska kategoriseras i Platina för att möjliggöra övergripande och lokala analyser. Standardrapporter kommer tas fram i Cyklop som möjliggör systematiska analyser.

Förbättringar som planeras är att en flödesanalys med flödesbeskrivning har tagits fram för såväl lex Maria som enskilda ärenden till IVO. Utifrån den kommer ärenden att hanteras snabbare elektroniskt istället för manuellt exempelvis postgång. Rimlig tidsbegränsning av utredning kommer att diskuteras.

Divisionschefer, tillsammans med chefsläkare och ett antal stabsfunktioner träffar regelbundet samtliga Vos ledningsgrupper för en dialog kring patientsäkerhet. Vid dessa möten kommer en uppföljning ske av handlingsplaner efter lex Maria beslut.

Utifrån en översiktlig protokollsgenomgång finner vi inte att regionstyrelsen följt upp tagna beslut.

## Statistik: Antal avvikelser i Platina och ärenden till IVO (lex Maria) under 2017-2018:

	Antal	2017	2018
Avvikelser i Platina med säkerhetsområde patientsäkerhet		4089	4412
Avvikelser i Platina totalt (exkl. privata vårdgivare)		5781	6140
Ärenden till IVO (lex Maria)		45	19

Vi kan utifrån statistik ur regionens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018 se att det skett en ökning avseende registrering av avvikelser i Platina med säkerhetsområde patientsäkerhet mellan åren 2017 och 2018. Ökning har även skett avseende totalt antal registrerade avvikelser i Platina mellan 2017 och 2018.

Antalet lex Maria ärenden har dock minskat. En förklaring till minskningen uppges i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen bero på ändrad lagsiftning 2017. I och med ny lagsiftning är det inte obligatoriskt att anmäla alla självmord (suicid) där patienten har haft kontakt med vården, till IVO. Suicid som inträffar i samband med pågående vårdkontakt ska fortsätta att utredas för att kunna ta ställning till vårdskada och beslut om amnätan tas av chefsläkare efter analys av utredning.





I det följande kapitlet presenterar vi granskningsresultatet i denna uppföljning. Iakttagelser av hur situationen är avseende hantering av avvikelser i vården utifrån regionstyrelsens svar på den tidigare genomförda granskningen 2015.

I det avslutande kapitlet görs sedan en summering och revisionell bedömning utifrån revisionsfrågan och frågeställningarna för denna uppföljning.



## ***Har regionstyrelsen säkerställt att utbildningsinsatser genomförs inom avvikelshantering riktat mot chefer och medarbetare?***

Vid intervjuer framkommer att det sker systematiska utbildningsinsatser inom avvikelshantering riktat mot chefer och medarbetare utifrån ett framtaget utbildningsprogram. Utbildningsprogrammet har bland annat utgått från de brister som framkommit vid granskningen 2015. Utbildningsinsatserna är anpassade utifrån den utvecklade modulen för avvikelshantering i Platina.

Exempel på utbildningar som genomförts/genomförs är:

- Systematiska utbildningar för ledningsgrupper (handläggare för avvikelshantering och chefer).
- Systematiska utbildningar riktat mot handläggare och kvalitetssamordnare eller motsvarande som handlägger/ utreder eller har en stödjande roll i avvikelshanteringen.
- Systematiska utbildningar för kvalitetssamordnare.
- Regelbundna utbildningar i Platina-Avvikelsehantering. IT-instruktionsfilm för Platina finns även.

- Lokala utbildningar inom respektive verksamhetsområde genomförs av respektive kvalitetssamordnare.
- Vid utbildning riktade mot nya chefer och vid utbildning riktade mot samtliga nyanställda ingår avvikelshantering. För att säkerställa vilka som genomfört utbildningarna saknas verktyg för sammanställning. Av den statistik vi inhämtat kan dock utläsas att utbildningar har genomförts för nyanställda vid ett antal mottagningar och enheter i regionens regi ex för internmedicin, samhällsmedicin, specialistvård, hälsocentraler och förvaltningsstab.
- I dokumentet "Introduktion för nya medarbetare- Checklista- Region Gävleborg" daterad 2017-10-27 beskrivs att samtliga nya medarbetare, såväl tillsvidareanställda som månadsavlönade vikarier, ska informeras om hantering av avvikelser den första månaden.

## ***Finns det uppdaterade rutiner anpassade utifrån den nya modulen för avvikelshantering?***

Regionen har fastställt en rutin utifrån den nya modulen för avvikelshantering med benämningen

”Avvikelsehantering- Region Gävleborg”. Rutinen är fastställd i december 2016 och är giltig till och med december 2019.

Rutindokumentet beskriver ansvar och roller kring processen för avvikelshantering inom Region Gävleborg med syfte att säkerställa att avvikelser rapporteras, åtgärdas, att upprepning förhindras samt att effekterna av genomförda åtgärder följs upp.

Av rutinen framgår att inom Region Gävleborg ska IT-stödet Platina användas för att rapportera, och dokumentera orsaksanalys, beslutade åtgärder, uppföljning och avslut av den enskilda avvikelserna. Platina ska också användas för att hitta och analysera samband mellan avvikelser samt för att göra sammanställningar och rapportering.

Utöver rutinen finns ett antal rutinbeskrivningar, formulär och checklistor för att underlätta för användaren i samband med den nya modulen. Exempel på

rutinbeskrivning är ”Platina- Ny avvikelsemodul- Frågor och svar- Region Gävleborg”. I beskrivningen besvaras de vanligaste förekommande frågorna i modulen. Rutinen är fastställd i juli 2018 och är giltig till och med juli 2019.

## Har regionstyrelsen säkerställt att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål (90 procent avslutas inom 90 dagar)?

Av erhållen statistik från Region Gävleborg kan vi konstatera att målet att hantera och avsluta avvikelser om 90 procent inom 90 dagar ej uppnås. Statistiken visar att antalet avvikelser som hanteras och avslutas inom 90 dagar har sjunkit från 81,60 procent år 2016 till 63,70 procent år 2018.

Region Gävleborg har vidtagit ett antal åtgärder för att säkerställa att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål.

Dessa vidtagna åtgärder som framkommer genom intervjuerna är:

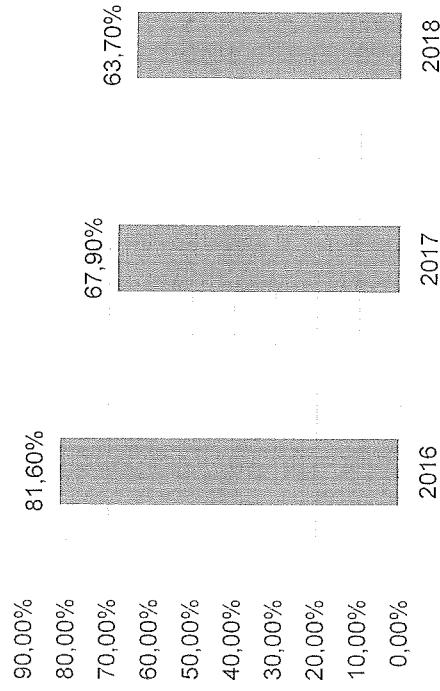
### **Patientsäkerhetsronder**

Patientsäkerhetsronderna påbörjades under 2015. Patientsäkerhetsronderna genomförs i en förutbestämd ordning på samtliga enheter med viss prioritering för enheter med särskilda utmaningar att uppnå måluppfyllelsen. Patientsäkerhetsrondernas syfte är att skapa en nulägesbild av respektive enhet, kommunicera nulägesbild och de iakttagelser från patientsäkerhetsronden tillsammans med medarbetarna. Efter respektive rond diskuteras ovanstående med ansvarig chef.

### **Sammanträden hälso- och sjukvårdsledningen**

Hälso- och sjukvårdsledningen tillsammans med samtliga verksamhetschefer träffas en gång i månaden. Vid sammanträden finns en stående punkt för ämnet "Patientsäkerhet" där chefläkarna ansvarar för innehåll vilket exempelvis kan beröra allvarliga ärenden etc.

Andel avslut inom 90 dagar



## ***Har regionstyrelsen säkerställt att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål (90 procent avslutas inom 90 dagar)?, forts.***

### ***Förbättringsarbete inom Platinas systemförvaltning***

Enligt intervjuer arbetar regionen kontinuerligt med att finna åtgärder som underlättar användarvänligheten i modulen för avvikelsehantering genom identifikation av användarnas problemområden.

### ***Internkontrollplan***

Internkontrollplan för år 2018 saknas. För att området avvikelser ytterligare ska aktualiseras finns det från och med år 2019 implementerat i den internkontrollplan som presenterats för hälso- och sjukvårdsnämnden. Internkontrollplanen är ej antagen vid granskningsstillet.

Uppföljning av kontrollmomentet är tänkt att ske i samband med tertial 1, delårsbokslut och årsbokslut och kontrollmomentet är att avvikelsehantering påbörjas inom 7 dagar och avslutas inom 90 dagar.

I internkontrollplanen beskrivs risker och konsekvenser kopplat till avvikelser vilka är följande:

- Risken att avvikelser inte uppmärksammas och hanteras, vilket kan leda till att medarbetarna slutar rapportera avvikelser och att verksamheterna inte får ta del av de förbättringsförslag som föreslås och vidtar adekvata åtgärder.

### ***Sammanställning och analys av avvikelser***

För respektive förvaltning genomförs årligen en sammanställning och analys av avvikelser.

### ***Genomgång av varje enhets oavslutade avvikelser***

Samtliga verksamhetschefer fick under år 2016 i uppdrag att gå igenom varje enhets oavslutade avvikelser. Vid intervjuer framkommer att detta inte till fullo genomförts.

## Är det tydligt vem som är handläggare vid avvikelshantering inom respektive verksamhetsområde och finns lokala rutiner som beskriver resp. arbetsätt?

I Region Gävleborg har cheferna möjlighet att ta hjälp av en handläggare. Handläggaren är en utsedd medarbetare på arbetsplatsen. Handläggaren är mottagare, startar utredningen och handlägger avvikelser på ett kvalitetssäkrat sätt.

För att tydliggöra vem som är handläggare inom respektive verksamhetsområden har Regionen bland annat genomfört följande:

- Utbildningar
- Blankett/ formulär är framtagen.  
”Platina- beställning av roller i avvikelshantering Region Gävleborg”. Beställningsformuläret används vid anmälan till Platinas förvaltning för upplägg av rollerna ägare och handläggare i avvikelsemodulen.
- Upprättat rutinbeskrivning vid namn ”Platina-handlägga avvikelser i ny modul- Region Gävleborg”. I dokumentet finns instruktioner och visuell vägledning för användaren. Fortsatt behandlas områden såsom:
  - Roller och ansvar
  - Byte av handläggare
  - Information för handläggare

- Lokala rutiner

De olika verksamhetsområdena följer till övervägande del regionens övergripande avvikelserutin men vid intervjuer beskrivs att arbetssättet i viss mån kan variera.

Utöver regionens avvikelserutin finns lokala rutiner avseende bland annat klagomålshantering vid verksamhetsområden- Laboratoriemedicin, VO Ögon, VO Internmedicin. I rutinerna framgår bland annat syfte, omfattning, ansvar och roller samt utförande.

## ***Har regionstyrelsen säkerställt att standardrapporter har tagits fram i Cyklop som möjliggör systematiska analyser?***

Cyklop2 är ett uppföljningssystem som hämtar data från en rad olika tjänster som Region Gävleborg använder sig av för att möjliggöra systematiska analyser.

I Cyklop2 finns upprättade standardrapporter för olika former av analyser. Respektive verksamhetsområde kan själva gå in och ta ut standardrapporter för sin verksamhet. I standardrapporten kan man lägga till eller ta bort önskade kolumner och värden.

Vid intervjuer framkommer att statistiken kan påvisa vilka enheter/verksamhetsområden som är i behov av eventuella punktsatser.



## Har regionstyrelsen säkerställt att det finns flödesbeskrivning avseende lex Maria ärenden till Socialstyrelsen?

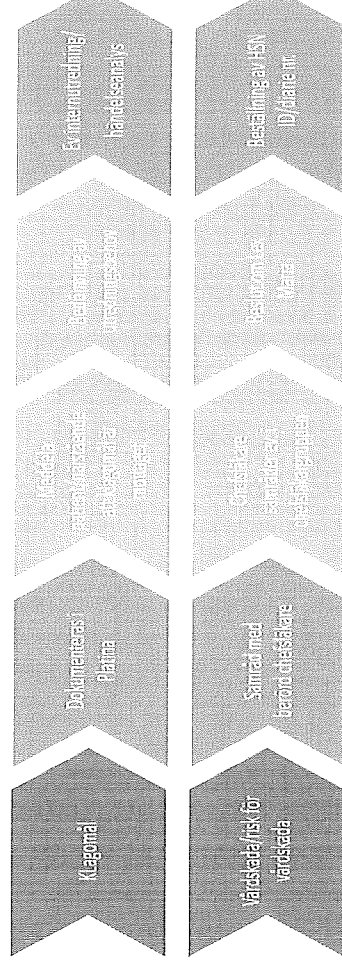
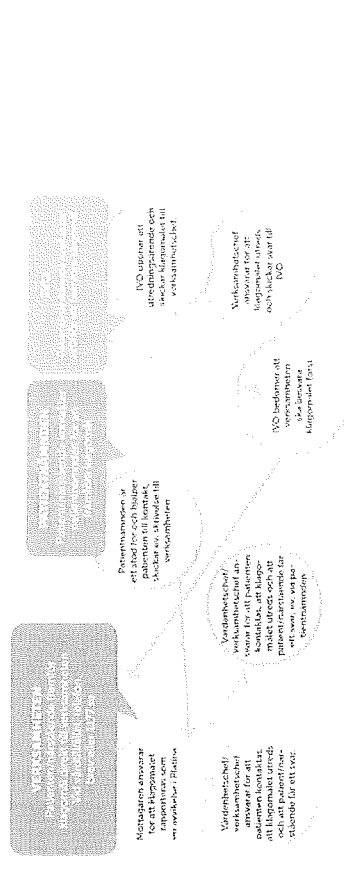
Region Gävleborg har framtagit en rutin med benämning "Anmälan till IVO vid allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada (Lex Maria)- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen". Rutinen är fastställd 2018-01-11 och är giltig till och med 2020-01-11.

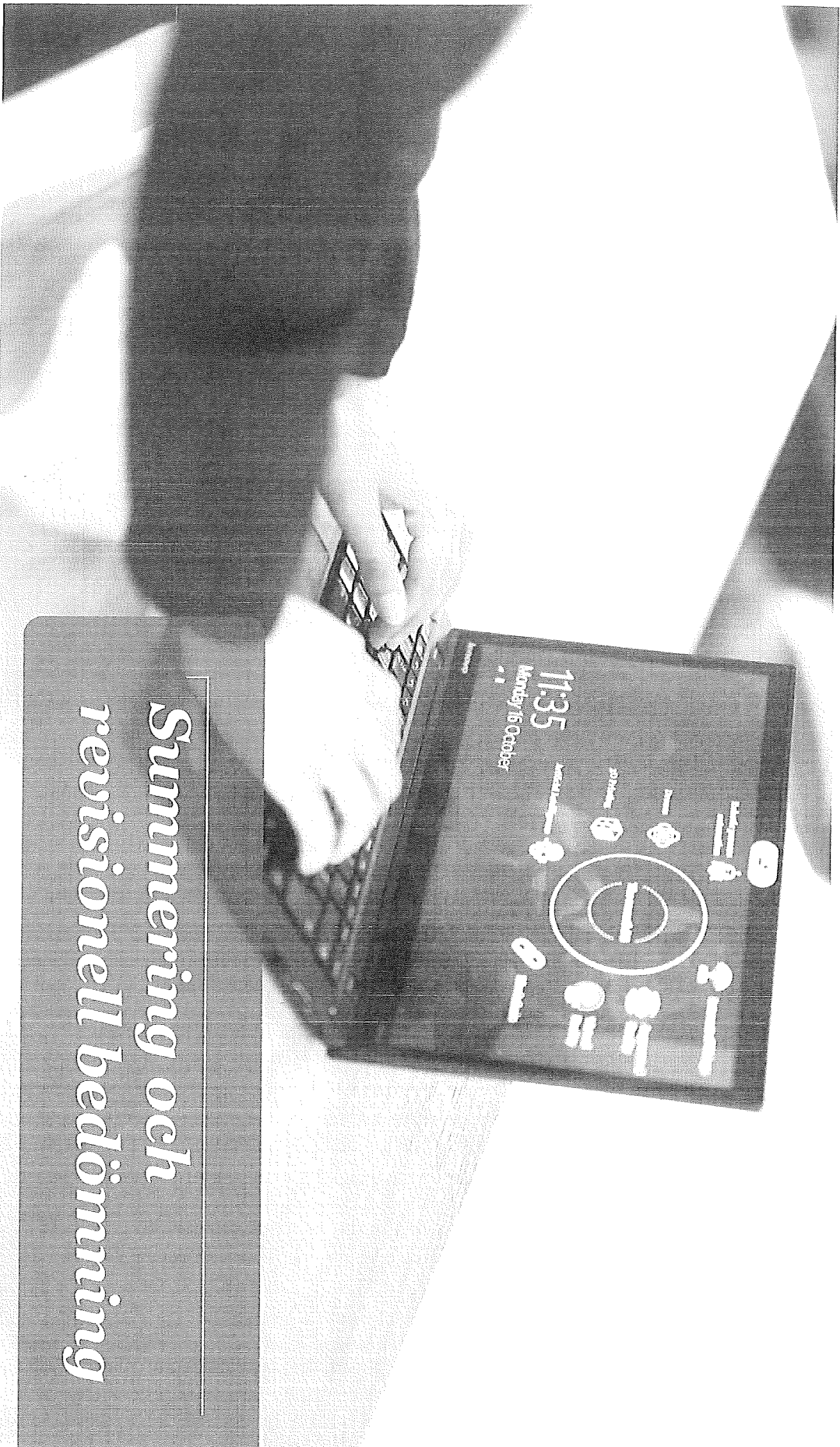
I rutinen beskrivs ansvar för hantering av anmälan till IVO, Inspektionen för vård och omsorg, vid allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada (Lex Maria) inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt:

- Ansvar och roller
- Beskrivning över flödet från anmälan till utvärdering
- Plan för kommunikation och implementering av rutinen (via verksamhetens ledningsgrupper och berörda enheters arbetsplatsträffar)
- Flödet är digitaliserat

Region Gävleborg har upprättat en flödesbeskrivning för handläggning av Lex Maria, vilken kan läsas i dokumentet "Flödesbeskrivning för handläggning av Lex Maria". Dokumentet saknar fastställdedatum och fastställare.

På bilderna till höger beskrivs ett förenklat flödesschema för Lex Maria anmälan.





# *Summering och revisionell bedömning*

# Bedömning utifrån frågeställningarna

Har regionstyrelsen säkerställt att utbildningsinsatser genomförs inom avvikelshantering riktat mot chefer och medarbetare?

Vi bedömer att utbildningsinsatser genomförts inom området avvikelshantering. Utbildningarna har i allt väsentligt riktat sig mot både chefer och medarbetare. Kontrollmålet bedöms som **uppfyllt**.

Finns det uppdaterade rutiner anpassade utifrån den nya modulen för avvikelshantering?

Vår bedömning är att regionen har upprättade rutiner anpassade utifrån den nya modulen för avvikelshantering. Kontrollmålet bedöms som **uppfyllt**.

Har regionstyrelsen säkerställt att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål (90 % avslutas inom 90 dagar)?

Vår bedömning är att kontrollmålet **ej är uppfyllt**. Vi bedömer dock att det till viss del finns aktiviteter och dokumenterade rutiner som stödjer att avvikelser i vården hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål.

Är det tydligt gjort vem som är handläggare vid avvikelshantering inom respektive verksamhetsområde och finns lokala rutiner som beskriver resp. arbetssätt?

Vi bedömer att det finns upprättade rutinbeskrivningar som i allt väsentligt tydliggör vem som är handläggare vid avvikelshantering. I rutinbeskrivningen finns instruktioner och visuell vägledning vilket vi ser som positivt. Respektive verksamhetsområden har i vissa fall lokala rutiner men till övervägande del följs den regionövergripande rutinen. Vi bedömer att kontrollmålet till **övervägande del är uppfyllt**.

Har regionstyrelsen säkerställt att standardrapporter har tagits fram i Cyklop som möjliggör systematiska analyser?

Vår bedömning är att det finns standardrapporter som möjliggör systematiska analyser. Kontrollmålet bedöms som **uppfyllt**.

Har regionstyrelsen säkerställt att det finns flödesbeskrivning avseende lex Maria ärenden till Socialstyrelsen?

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns flödesbeskrivningar avseende lex Maria ärenden. Kontrollmålet bedöms som **uppfyllt**.

# Revisionell bedömning och rekommendationer

**Har regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder i syfte att hantera de brister som framkommit i tidigare genomförda granskningar?**

Vår sammanfattade bedömning är att regionstyrelsen till övervägande del hanterat de brister som framkommit i tidigare genomförd granskning.

Ett stort antal beslut har tagits av regionstyrelsen som syftar till att stärka arbetet med avvikelsehantering i vården, b.l.a avseende utbildning, framtagandet av styrande dokument och implementering av en ny avvikelsemodul. Utifrån en översiktlig protokollsgenomgång kan vi dock inte se att regionstyrelsen har följt upp tagna beslut.

Vi kan fortsatt konstatera att säkerställandet av att avvikelser hanteras och avslutas utifrån uppsatta mål fortfarande har brister.

## Rekommendationer

Mot bakgrund av föreliggande uppföljande granskning lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Säkerställa att fastställda rutiner och beskrivningar efterföljs i synnerhet avseende för att vända den negativa trenden av hantering och avslutning av avvikelser.
- Fortsätta utbildningsarbetet avseende avvikelsehantering.
- Arbeta systematiskt med att följa upp avvikelser och överväga att området införs som en stående punkt i Stratsys.
- Fastställa internkontrollplanen för år 2019.