REGIONREVISORERNA

Rapport nr 4/2024

Implementering av regional handlingsplan för säker vård

Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbete i regionen

Kort om rapporten

Hälso- och sjukvårdsnämndens, primärvårdsnämndens och regionstyrelsens ledning och styrning av patientsäkerhet har granskats avseende ansvar för patientsäkerhet och implementering av handlingsplan för säker vård. Revisionen har även granskat nämndernas och regionstyrelsens ledning och styrning utifrån hälso- och sjukvårdsförvaltningens rapporterade data och huruvida det sker en återkoppling av analys, lärande och utveckling i patientsäkerhetsarbetet i regionen.
Revisionen konstaterar att ansvaret för patientsäkerhet på nämnd- och styrelsenivå inte är uttalat och att ansvar för att följa upp implementering av handlingsplanen är otydligt. Revisionen konstaterar vidare att indikatorer och aktiviteter rapporteras i verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, men att det inte går att spåra *explicita* uppdrag i budget till nämnder utifrån indikatorer eller aktiviteter. Revisionen konstaterar vidare att avvikelsehanteringssystemet är en outnyttjad källa till ledning och styrning, att vissa vårdavtal saknar krav på patientsäkerhet och att regionen inte registrerar kostnader som uppstår med anledning av vårdskador. Revisionen bedömer att det saknas systematik i regionens övergripande patientsäkerhetsarbete.

Regionrevisorerna

2024-09-26

Diarienummer
RK 2022-0058

Regionstyrelsen

Projektrapport 4/2024 Implementering av regional handlingsplan för säker vård

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 26 september att överlämna rapporten till regionstyrelsen för yttrande senast 2025-03-31.

Annika Sandström
ordförande
Revisorsgrupp II

Anna Peterson
samordnande administratör

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-123 100 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.regionstockholm.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset.

Regionrevisorerna

2024-09-26

Diarienummer
RK 2022-0058

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 4/2024 Implementering av regional handlingsplan för säker vård

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 26 september 2024 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2025-03-31.

Annika Sandström
ordförande
Revisorsgrupp II

Anna Peterson
samordnande administratör

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-123 100 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.regionstockholm.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset.

Regionrevisorerna

2024-09-26

Diarienummer
RK 2022-0058

Primärvårdsnämnden

Projektrapport 4/2024 Implementering av regional handlingsplan för säker vård

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2024-09-26 att överlämna rapporten till primärvårdsnämnden för yttrande senast 2025-03-31.

Annika Sandström
ordförande
Revisionsgrupp II

Anna Peterson
samordnandeadministratör

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-123 100 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.regionstockholm.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset.

Innehållsförteckning

1. Slutsatser och rekommendationer 4
2. Utgångspunkter för granskningen 5
2.1. Motiv till granskningen 5
2.2. Revisionsfråga 6
2.3. Avgränsning 7
2.4. Bedömningsgrunder 7
2.5. Metod 8
3. Resultat av granskningen 8
3.1. Ansvar för patientsäkerhet i regionen 8
3.2. Ledning och styrning av patientsäkerhet i regionen 9
3.3. Implementering av handlingsplan 14

1. Slutsatser och rekommendationer

Slutsatser

Syftet med granskningen var att granska implementering av handlingsplan för säker vård samt ansvaret för att följa upp implementeringen. Granskningen avser även vilken nämnd eller styrelse som ytterst ansvarar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete och hur nämnders och regionstyrelsens ledning och styrning sker utifrån avvikelserapporter, vårdskadekostnader och indikatorer samt avtalskrav. Granskningen visar att det är oklart vad som avses med uppföljningsansvar av implementeringen av handlingsplanen efter nytt beslut om handlingsplanen i regionfullmäktige 2024. Granskningen visar vidare att sådan uppföljning inte sker. Revisionen menar att det inte går att bedöma graden av implementering inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det är också oklart vilken nämnd eller styrelse som är ytterst ansvarig för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Ett urval av patientsäkerhetsdata granskades i syfte att kartlägga i vilken mån data rapporteras till nämnder eller styrelse. Med patientsäkerhetsdata avses i denna rapport *avvikelser*, *indikatorer* och *vårdskadekostnader* och *status* i aktiviteter ur handlingsplanen. Revisionen konstaterar att uppgifter enligt ovan, utom vårdskadekostnader, rapporteras i viss mån i verksamhetsberättelse och i patientsäkerhetsberättelse. I syfte att kartlägga beslut utifrån dessa uppgifter granskades förekomst av explicita patientsäkerhetsrelaterade uppdrag i budgetdokument 2022 och 2023. Revisionen menar att styrning och ledning genom uppdrag i budget har en vag koppling till aktiviteter i handlingsplanen och till andra uppdrag som explicit uttrycker *patientsäkerhet*. *Patientsäkerhet* uttrycks mest som en risk eller ett önskat tillstånd.

Även andra styrmedel har granskats. Granskning av ett urval av vårdavtal visar att det finns *avtalskrav* och *indikatorer* avseende patientsäkerhet i vissa vårdavtal, men att kategoriseringen av indikatorer för avtalsuppföljning varierar mellan avtalstyper, det vill säga en indikator som mäts på samma sätt har i olika avtal klassats under olika kategorier (patientsäkerhet eller kvalitet). Revisionen menar att detta riskerar försvåra förståelsen för vad som är patientsäkerhet och fragmentera avtalsstyrningen. Inkonsekvent kategorisering gäller även för indikatorer som rapporteras till nämnder och regionfullmäktige.

Avvikelsehantering och *vårdavvikelser* som ett styrmedel på övergripande nivå har också granskats. Statistik på aggregerad nivå rapporteras i patientsäkerhetsberättelsen, men det går inte att finna en återkoppling från nämnder eller regionstyrelse eller i budget i form av uppdrag. Granskningen visar vidare att avvikelsehanteringssystemet är en otillräckligt nyttjad källa till information för ledning och styrning på övergripande regionnivå och att det finns en eftersläpning i handläggning av ärenden.

Hur nämnder eller styrelse agerar på information om *ökade kostnader på grund av vårdskador* har granskats. Revisonen konstaterar att det inte finns någon särredovisning av de kostnader som uppstår på grund av vårdskador. I regionen finns inga etablerade mekanismer för att ekonomiskt eller finansiellt styra utifrån merkostnader på grund av vårdskador. Det finns heller ingen särfinansiering för vårdproducenternas patientsäkerhetsarbete.

Revisionen konstaterar att regionen saknar uttalad ytterst ansvarig nämnd eller styrelse för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Tidigare budgetbeslut 2020 om ansvariga

nämnder gällande uppföljning av implementering av handlingsplan har inte fullföljts och nytt beslut om handlingsplanen väcker fråga om hur det ansvaret ska tolkas. Revisionen konstaterar vidare att det inte går att bedöma graden av implementering av handlingsplanen. Revisionen bedömer att det inte går att spåra ledning och styrning utifrån rapporterade data. Revisionen bedömer att det utifrån otydlig ansvarsfördelning och styrning inte går att bedöma om det finns en ledning, styrning och uppföljning på regionövergripande nivå som leder till ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Rekommendationer

- Regionstyrelsen bör
    - besluta enligt patientsäkerhetslagens kapitel 1 § 3 om vilken nämnd eller styrelse som har det övergripande ansvaret för patientsäkerhet i regionen samt kommunicera detta enligt patientsäkerhetslagen kap 3 9 §
    - förtydliga vilken nämnd eller styrelse som har ansvar för uppföljning av implementering av Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård (HSN 2023-0291).

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör
    - upprätta en implementeringsplan för Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård enligt beslut vid sammanträde VKN 2020-0028 för Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet VKN 2020-0010 med anpassning till Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård (RS 2023-0520)
    - implementera Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård (RS 2023-0520) enligt beslut hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN 2023-0291)
    - säkerställa att det finns krav avseende patientsäkerhet och relevanta indikatorer i samtliga avtal.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1. Motiv till granskningen

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kapitel 5 1 § punkt 2 stipulerar att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, bland annat genom att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Patientsäkerhet, som en tvärfunktionell disciplin och praktik, är ett komplext ämnesområde som kräver kunskap och agerande på samtliga organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet[1]. Bristande säkerhet och vårdskador orsakar lidande hos patienter och närstående samt hos medarbetare som ett ”andra offer” vid en vårdskada[2]. Dessutom ökar kostnaderna på grund av förlängd vårdtid. Socialstyrelsen uppskattar att det sker ca 100 000 vårdskador om året i Sverige, med 1 200 dödsfall till en kostnad på 8 mdkr[3]. Region Stockholm utgör en femtedel av Sveriges befolkning vilket i så fall skulle innebära cirka 20 000 skadade, 240 avlidna och en kostnad på cirka 1,6 mdkr i regionen. En journalgranskning vid 63 akutsjukhus i Sverige visade att medelvårdtiden för

[1] Emanuel L, Berwick. D, Conway J, Combes J, Hatile, M., Leape, L et al. What Exactly Is Patient Safety? Rockville: Agency for healthcare research and quality; 2008.
[2] Patientsäkerhetslagen 5 § *Med vårdskada avses i denna lag 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*.
[3] Socialstyrelsen: När var tionde skadas i vården krävs handling - Socialstyrelsen

granskade vårdtillfällen 2022 var 6,9 vårddygn. För vårdtillfällen utan skador var medelvårdtiden 6,2 vårddygn, för vårdtillfällen med skador 10,9 dagar och för vårdtillfällen med vårdskador[4] 13,4 vårddygn[5]. Det är oklart hur nämnder och styrelse[6] leder och styr patientsäkerhetsarbetet och om nämnder eller styrelse analyserar och beaktar ekonomiska konsekvenser av kostnader för vårdskador.
Regionen har ett avvikelsehanteringssystem, HändelseVis, där verksamheter i egenregi och andra vårdaktörer kan rapportera, hantera och åtgärda avvikelser. Ur systemet kan data extraheras för analys. Det är oklart till vilken grad systemet används i sin fulla potential och huruvida nämnder och styrelse analyserar och agerar på avvikelsestatistik.

Socialstyrelsen tog fram en Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 i bred nationell samverkan. Den utgör grund för handlingsplaner för alla regioner och kommuner i Sverige. Vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN) beslutade 2020, i linje med Socialstyrelsens handlingsplan, om en regional handlingsplan. Beslutet innebar att planen skulle revideras årligen och att en implementeringsplan skulle upprättats, vilket inte har skett enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen på grund av pandemin, men inte heller senare. Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslog 2023 regionstyrelsen att föreslå regionfullmäktige att godkänna en uppdaterad version av handlingsplanen - *Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024-2026*. Regionfullmäktige fattade detta beslut den 26 mars 2024 (RS 2023-0520). Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade för egen del om uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören att implementera den[7]. En *riktlinje* beslutad av regionfullmäktige innebär att den ska följas av samtliga nämnder inklusive regionstyrelsen[8]
Det är oklart vilken nämnd eller styrelse som har uppföljningsansvar för handlingsplanen och huruvida det sker.
Under arbete med föreliggande granskning blev även frågan om övergripande ansvar för patientsäkerhet i regionen aktuell, varför även detta granskats.

2.2. Revisionsfråga

Finns en styrning och uppföljning av regionens patientsäkerhetsarbete som leder till ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården?

Delfrågor

-Hur följs implementeringen av handlingsplanen upp och hur sker återkoppling av analys, lärande och utveckling i patientsäkerhetsarbetet i regionen?

-Hur används verktyget HändelseVis som underlag för ökad kunskap om inträffade vårdskador på systemnivå och i vilken grad används systemet för ärendehantering?

-Hur analyseras kostnader som uppstår med anledning av vårdskador som grund för den övergripande styrningen av patientsäkerhetsarbetet i vårdverksamheterna?

En del av granskningen avser ansvar/ansvarig nämnd eller styrelse för patientsäkerhet, varför granskningen har riktats mot hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden samt regionstyrelsen.

[4] En vårdskada är till skillnad från skada en skada som kunnat undvikas.
[5] Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård 2013–2022 på nationell nivå Sveriges Kommuner och Regioner, 2023 ISBN: 978-91-8047-209-8
[6] Med nämnder och styrelse avses genomgående hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och regionstyrelsen.
[7] Protokollutdrag § 196 Uppdaterad regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024–2026 HSN 2023-0291
[8] Reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder (RS 2023-0414)

2.3. Avgränsning

Granskningen rör styrning, ledning och uppföljning av patientsäkerhet och ansvaret för det på nämnd- och styrelsenivå. Granskningarna avser inte innehållet i handlingsplaner eller valet av aktiviteter, avtalskrav eller indikatorer för ökad patientsäkerhet. Granskningarna berör hälso- och sjukvårds- och primärvårdsnämndernas samt regionstyrelsens internkontroll och styrning.

2.4. Bedömningsgrunder

Vetenskapliga teorier: Emanuel L, Berwick. D, Conway J, Combes J, Hatile, M., Leape, L et al. What Exactly Is Patient Safety? Rockville: Agency for healthcare research and quality; 2008.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. Verksamheten, Allmänt, 1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska: 2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,

Patientsäkerhetslagen (2010:659): Lagen i sin helhet.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024: Socialstyrelsen ISBN 978-91-7555-510-2 Artikelnr 2020-1-6564. Handlingsplanen utgör grundplåten för de regionala handlingsplanerna

Regional handlingsplan för säker vård (VKN 2020–0010): Första versionen av regional handlingsplan med aktiviteter utifrån grundläggande förutsättningar för säker vård samt utifrån specifika fokusområden där förbättringar behövs mest.

Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård (HSN 2023-0291, RS 2023-0520): Den uppdaterade versionen av Regional handlingsplan för säker vård VKN 2020–0010 som från och med 2024 även benämns *riktlinje*. *Riktlinjer* ska ange beskrivningar, regler om och krav på hur nämnder och bolag ska arbeta inom ett visst område eller med en viss typ av fråga.

Integrerad ledning och styrning ILS för Region Stockholm (RS 2020-0740): ”*För all verksamhetsuppföljning och framgångsrik utveckling är det av yttersta vikt att regelbundet analysera resultaten av arbetet, och om detta leder till en effektiv verksamhet som skapar värde för invånarna. Analyser, inte enbart uppföljning, och en vilja att ta ett aktivt ansvar för slutsatserna är grunden för en effektiv verksamhet och en förutsättning för att kunna vidta åtgärder som leder till en förbättrad verksamhet och ett ständigt effektivare Region Stockholm. Nämnder och bolag ska därför kontinuerligt utvärdera sina arbetsmetoder samt analysera och implementera förbättringar. Region Stockholms nämnder och bolag ska basera sitt arbete på en fungerande intern kontroll med ansvarstagande och tillsyn i flera nivåer. Kontrollen bygger på ett aktivt och systematiskt arbete med att förutse, proaktivt hantera och kommunicera risker, möjligheter, åtgärder och kontrollpunkter innan en risk realiseras. Ansvaret för den interna kontrollen ska vara tydligt och dokumenterat*”.

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: 1 kap. Tillämpningsområde 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder (RK 2022-0062): Inkluderar följande diarienummer för regionfullmäktige beslut och gäller från och med 2023-01-01 och tillsvidare: RS 2022-0762, RS 2022-0482, RS 2022-0268, RS 2023-0160, RS 2023-0414 Reglementen beskriver respektive nämnds och styrelses ansvarsområde.

2.5. Metod

Granskningen har föregåtts av en kartläggning av risker 2023. Metoden utgick från en Säkerhetsfunktionsanalys[9] där fyra dokument (två beslut rörande handlingsplanen, handlingsplanen och budget 2020) genomsöktes på så kallade *säkerhetsfunktioner*. 120 stycken identifierades. Kartläggningen genomfördes i samverkan mellan revisionskontoret och extern konsult. Efter bearbetning av samtliga 120 säkerhetsfunktioner utkristalliserade sig åtta riskområden[10] för patientsäkerhet, varav en del utgör grunden för föreliggande granskning. I syfte att utforska status inom utvalda riskområdena genomfördes en förstudie i januari-maj 2024 med stöd av extern konsult. Förstudien efterfrågade grad av implementering av handlingsplan inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, krav i avtal samt ansvar för patientsäkerhet. I förstudien har dokumentstudier genomförts liksom intervjuer av flera chefläkare[11] och verksamhetsutvecklare[12]. Även avdelningschef samt objektägare/handläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen har intervjuats. Dessutom har flertalet chefer och handläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen med uppdrag i avtalsprocessen intervjuats[13]
Förstudierapporten har faktagranskats av respondenterna.

I granskningen som revisionskontoret genomfört har styrande dokument granskats. Intervjuer av jurist och av handläggare/ekonomi på regionledningskontoret samt chef/ekonomi på hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genomförts. Revisionskontoret har utöver det gjort en intervju samt fått en visning av systemet HändelseVis av objektägare/handläggare och förvaltningsledare HändelseVis.
Rapporten har sänts för faktagranskning till samtliga av revisionskontoret intervjuade.

3. Resultat av granskningen

3.1. Ansvar för patientsäkerhet i regionen

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhet i regionen är oklart. Patientsäkerhetslagen, kapitel 3[14] har bland annat bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
Lagen definierar vårdgivare i 3 §

> *”Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Lag (2019:945)”.*

I Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder (RK 2022-0062) saknas skrivelser om hur ansvar för patientsäkerheten är reglerad för de olika nämnderna, trots att de har ett ansvar för hälso- och sjukvården och dess utveckling enligt reglementen. Regionen har inte[15] genomfört en rättsutredning om hur Region Stockholm ska definiera begreppen *vårdgivare* eller *huvudman* i förhållande till patientsäkerhetslagen och

[9] Metodbeskrivning – Säkerhetsfunktionsanalys av händelser (irisk.se)
[10] Graden av implementering av handlingsplan i nämnder/förvaltningens olika avdelningar och hos vårdgivare, Krav på säker vård i vårdavtal och ersättningsmodeller, Ansvar för patientsäkerhet i nämnder, bolag och hos dessas chefer och förutsättningar att ta ansvaret, Ändamålsenlig nyttjande av resurser och verktyg för patientsäkerhetsarbete. Kostnader för vårdskador – styrning utifrån vårdskador som en kostnadsdrivande faktor, Uppföljning av resultat i nämnder och hos vårdgivare, Kunskapsutveckling och -spridning genom eget förbättringsarbete och genom forskning, Patienten som medskapare.
[11] Danderyd sjukhus AB, Stockholms läns sjukvårdsområde, Karolinska Universitetssjukhuset, S:t Eriks Ögonsjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
[12] S:t Eriks Ögonsjukhus AB och Tandvårdsstrateg, Folktandvården Stockholms län AB
[13] Enhetschef med ansvar för förfrågningsunderlag och uppföljning av vårdval samt enhetschef med ansvar utformning och uppföljning av sjukhusvård och LOU-avtal, handläggare med ansvar för juridiskt stöd vid upphandling, utformning av förfrågningsunderlag och uppföljning av vårdval samt handläggare för utformning och uppföljning av avtal med Stockholms läns sjukvårdsområde.
[14] Patientsäkerhetslagen Patientsäkerhetslag (2010:659) | Sveriges riksdag (riksdagen.se)
[15] 2014-2024

därmed ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Regionfullmäktige har beslutat om uppdaterad *riktlinje* och handlingsplan vilket visar på regionstyrelsens ansvar. Att dokumentet benämns *riktlinje* markerar också ett ansvar hos regionstyrelsen avseende uppföljning av efterlevnad[16] av riktlinje genom styrelsens uppsiktsplikt - i de fall att ingen nämnd har ett uttalat ansvar för en specifik fråga faller ansvaret på regionstyrelsen[17]. Intervjuer ger för handen att det finns ett antagande hos flera respondenter om att det yttersta ansvaret för regionens patientsäkerhet ligger hos hälso- och sjukvårdsnämnden. Men sådant ansvar går inte att spåra i dokument, eller på annat sätt uttalat ansvar. Versionen *Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024-2026* är en uppdatering, främst avseende vidtagna aktiviteter, av handlingsplanen från 2020. Den uppdaterade versionen benämns riktlinje, men den reglerar inte ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i regionen.

Att tydliggöra ansvar är inte enbart viktigt för systematiskt patientsäkerhetsarbete i praktiken, utan även i syfte att förmedla en *systemsyn* på patientsäkerhet. Hela *hälso- och sjukvårdssystemet* har en påverkan och ett ansvar för att vården är säker och att åtgärder vidtas vid inträffad skada[18,] Det innebär att alla aktörer från beslutsfattare till den enskilda vårdmedarbetaren behöver vara involverade i patientsäkerhetsarbetet. Denna syn är en del i den *patientsäkerhetskultur* som genomsyrar regionala och nationella utbildningar, föreskrifter, den nationella handlingsplanen samt Socialstyrelsens nationella kompetensmål[19] i patientsäkerhet
Enligt patientsäkerhetslagen kap 3 9 §

> *”Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten”.*

Sådan information förekommer i andra regioner.[20]

Revisionen konstaterar att det råder oklarhet i hur ansvaret för patientsäkerhet är fördelat i regionen utifrån patientsäkerhetslagen kap 3 § 3 och det inte gått att finna dokumentation enligt patientsäkerhetslagens kap 3 §9.

3.2. Ledning och styrning av patientsäkerhet i regionen

”Finns en styrning och uppföljning av regionens patientsäkerhetsarbete som leder till ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården?”

I Region Stockholms ledningssystem Integrerad ledning och styrning (ILS) för Region Stockholm (RS 2020-0740) framgår att framgångsfaktorer för verksamhetsuppföljning och -utveckling är att regelbundet analysera resultaten av arbetet. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) betonar just systematik i patientsäkerhetsarbetet. Ledning och styrning kräver data och information för analys och åtgärder. Hälso- och sjukvårdsförvaltning sammanställer utfall för indikatorer[21] och redogörelse av förvaltningens arbete med patientsäkerhet. Rapportering sker i nämndens verksamhetsberättelse och i patientsäkerhetsberättelsen. Patientsäkerhetsberättelsen är ett lagstadgat dokument[22] som ska årligen upprättas av vårdgivaren och där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska

[16] Reglemente med allmänna bestämmelser för Region Stockholms nämnder (RS 2023-0414)
[17] Reglemente med allmänna bestämmelser för Region Stockholms nämnder (RS 2023-0414)

[18] Reason J. Human error: models and management. British medical journal.2000;320:768-770
[19] https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9131.pdf
[20] Organisation och ansvar patientsäkerhet Region Jönköpings län-Folkhälsa och sjukvård (rjl.se)
[21] Här avses indikatorer på nämnd- och regionfullmäktigenivå
[22] Patientsäkerhetslagen §10.

hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Bland indikatorer som rapporteras i verksamhetsberättelsen till hälso- och sjukvårdsnämnden finns fyra[23] indikatorer som kategoriserats som *Vården är säker, effektiv och av god kvalitet*. Fyra andra indikatorer [24] inom denna kategori rapporteras till regionfullmäktige. Primärvårdsnämnden har två indikatorer under kategorin, men som revisionen bedömer inte rör patientsäkerhet[25]. Det finns ingen fastställd form för återkoppling mellan hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende indikatorerna, enligt respondent. Hälso- och sjukvårdsförvaltning får inte heller *explicita*[26] uppdrag rörande patientsäkerhet från nämnderna eller i budget från regionfullmäktige med undantag för ett par uppdrag i budget 2023 och 2024 som har koppling till Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård (HSN 2023-0291, RS 2023-0520). Enligt annan respondent ingår patientsäkerhetsindikatorerna i den samling nyckeltal som diskuteras inom regionledningskontoret i budgetberedningen, men att fokus i denna beredning är på nyckeltal för ekonomi och personal.
Revisionen konstaterar att det inte går att bedöma om det övergripande patientsäkerhetsarbete är systematiskt och att det är oklart om det sker någon adekvat analys för ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet i primärvårds-, eller hälso- och sjukvårdsnämnden eller i regionstyrelsen.

3.2.1. Avtal och överenskommelser som grund för ledning och styrning

Ett urval av avtalstyper[27] har granskats avseende krav på patientsäkerhet i uppdragsbeskrivningen, allmänna villkoren, ersättningsmodellen och uppföljningsbilagan enligt följande;

1. 33 stycken vårdvalsområdens förfrågningsunderlag, exklusive de som är föremål för omställning[28]
2. Avtal för upphandlad akutsjukvård på St Görans Sjukhus[29]
3. Överenskommelse[30] 2024-2027 med fem av regionens akutsjukhus[31]
4. Överenskommelser inom husläkarverksamhet, geriatrik, psykiatri, barnsjukvård - egenregi
5. Avtal inom geriatrik, psykiatri, barnsjukvård - upphandlad enligt lagen om offentlig upphandling
6. Ambulansverksamheten[32] (vägburen ambulanssjukvårdstjänst) Avtal 2019, verksamhetens har gått över i egenregi men överenskommelse går ej att finna.

Granskningen visar att det finns krav rörande patientsäkerhet inom alla typer av vårdavtal (punkter 1-6). I cirka hälften av förfrågningsunderlagen (punkt 1) för vårdval uttrycks krav på patientsäkerhet och/eller rapportering av patientsäkerhet. Kraven är olika och utformningen skiljer sig. I vissa förfrågningsunderlag för vårdval finns indikatorer listade, i vissa fall inte.

[23] Akuta återinskrivningar inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+), Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare), Andel ST-utbildande enheter som har genomgått extern kvalitetsgranskning, Andel av länets invånare som har ett stort förtroende för vården
[24] Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle, Beläggningsgrad akutsjukhus, Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård.
[25] Andel besök på husläkarmottagning av totalt antal öppenvårdsbesök, Helhetsintryck i primärvården
[26] Uppdrag som benämns eller kategoriseras som *patientsäkerhe*t
[27] Förfrågningsunderlag vårdval, akutsjukhusens avtal, ambulansvårdens avtal, avtal enligt LOU samt egenregi för geriatrik och psykiatri.
[28] *Omställning* är ett budgetuppdrag att se över vårdvalen i regionen.
[29] Vården är upphandlad enligt LOU och drivs i dag av Capio.
[30] Avtal om vård i egenregi benämns överenskommelse
[31] Karolinska universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, St Eriks ögonsjukhus AB.
[32] Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, AISAB

I avtalet med St Görans sjukhus (punkt 2) ställs flertalet krav, till exempel ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt indikatorer. Vissa krav är detaljerade.

För regionens akutsjukhus (punkt 3) finns flera och specifika krav på patientsäkerhet, till exempel att sjukhusen ska aktivt delta i regional och nationell kunskapsstyrning och utveckling av arbetssätt för ökad patientsäkerhet, indikatorer, med mera.

För avtal och överenskommelser (punkterna 4 och 5) finns krav av olika slag, allt från att hälso- och sjukvårdsnämnden har rätt att säga upp avtal, till att krav ställs på patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbete. Varför det finns variation i kraven mellan vårdgrenarna (geriatrik, psykiatri, barnsjukvård) och inom vårdgrenarna såväl i egenregi som upphandlade, är inte givet. Till exempel uttrycker avtalen för upphandlad vård för psykiatrisk öppenvård för vuxna, jämfört med psykiatrisk öppenvård för barn och unga (punkt 5), färre specifika avtalskrav på patientsäkerhet. En förklaring kan vara avtalen slutits under olika tidsperioder och/eller av olika avtalshandläggare med skriftande preferenser för patientsäkerhetskrav.

För den vägburna ambulanssjukvården (punkt 6) finns detaljerade avtalskrav på patientsäkerhet så som ledningssystem, rapportering och samverkan med regionens chefläkare, med mera. Ambulanssjukvården har nyligen gått över i egenregi och en ny överenskommelse går inte att finna till denna granskning.

I intervjuer beskrivs att handläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen har utmaningar med att proaktivt och systematiskt fånga upp samt hantera potentiella patientsäkerhetsrisker då uppföljningssystemet innebär att hälso- och sjukvårdsförvaltningen främst reagerar på redan inträffade avvikelser.

Revisionen konstaterar att det saknas krav i vissa vårdavtal och att utformningen av krav skiljer sig även då det inte är relevant. Detta kan öka komplexiteten i uppföljning och bedömning av patientsäkerheten på övergripande nivå. Revisionen konstaterar vidare att det saknas ett proaktivt angreppssätt med nuvarande uppföljningssystem, vilket är en metodologisk och teknisk utmaning som behöver mötas av hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Ersättning som styrmedel

Ersättningsmodellen i de nya överenskommelserna för akutsjukhusen 2024-2027 har en målrelaterad ersättning på 2 procent och av den är 0,75 procent ersättning kopplad till kvalitetsindikatorer. Av de tre indikatorerna i akutsjukhusens överenskommelser[33] som revisionen tolkar avse patientsäkerhet, saknar två stycken ett målvärde för det innevarande året, men där ersättning utgår för rapportering i sig. Målnivåer ska utarbetas under året.
I de granskade förfrågningsunderlagen för vårdval finns inga skrivningar om att en del av ersättning skulle vara villkorad till en prestation som avser patientsäkerhet.

Övriga avtal som granskats avseende *avtalet* och *ersättningsbilagan* är Avtal för upphandlad Barnpsykiatrisk specialistvård enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (2022) och Avtal för upphandlad Psykiatrisk specialistvård för vuxna enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (2018). I avtalet för psykiatrisk öppenvård för barn och ungdomar med områdesansvar framkommer inte om del av ersättningen är villkorad till prestation som avser patientsäkerhet. Ersättningen baseras enligt avtalet på utförda och rapporterade vårdkontakter samt uppdragsrelaterade mål, vilka inte uttrycker patientsäkerhet. Samma villkorsformuleringar finns i avtalet om psykiatrisk öppenvård för vuxna med geografiskt områdesansvar för kommunerna Nacka, Värmdö, Haninge, Tyresö och Nynäshamn.

[33] Vårdrelaterade infektioner (VRI), Andel patienter med risk för anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARM/MRSA), Akuta återinskrivningar inom 7 dagar, 80 år och äldre.

I de granskade avtalen för geriatrisk vård vid Jakobsberg, inklusive Sabbatsberg, i egen regi är ersättningen inte villkorad till prestationer relaterade till patientsäkerhet. Ersättningen baseras enligt avtalen på produktionsrelaterade och uppdragsrelaterade mål. Vid underproduktion av vårdkontakter kan ersättningen reduceras.

Revisionens konstaterar att det i de granskade avtalen inte förekommer ersättningsrelaterade villkor avseende patientsäkerhet utom i akutsjukhusens överenskommelser.

Bruk av termer och begrepp för indikatorer

I de dokument som granskats visar det sig att bruket av termer och begrepp avseende indikatorer varierar. Vid granskning av uppföljningsplaner noteras att begreppen kvalitet och patientsäkerhet används synonymt. För 19 av 33 vårdval, vilket motsvarar 58 procent, särskiljs mätningar mellan kvalitet och patientsäkerhet. Vilka indikatorer som mäter kvalitet respektive patientsäkerhet är inte enhetligt; indikatorer som i en uppföljningsplan kategoriseras som mätning av kvalitet kan i en annan plan kategoriseras som mätning av patientsäkerhet trots liknande vårdområde. I akutsjukhusens överenskommelses indikatorbilaga kategoriseras en indikator[34] som rör patientsäkerhet som *Generella*, trots att samma indikator i budget går under kategorin *Vården är säker, effektiv och av god kvalitet*. I akutsjukhusens uppföljningsbilaga ingår samma indikator under kategori *Kvalitet och säker vård*. Det är otydligt vilka indikatorer som avser kvalitet och vilka som avser patientsäkerhet. Revisionen konstaterar att kategorisering av samma indikatorer varierar, vilket riskerar att skapa osäkerhet kring vad som avses med *patientsäkerhet*.

3.2.2. Avvikelser som underlag för ledning och styrning

Hur används verktyget HändelseVis som underlag för ökad kunskap om inträffade vårdskador på systemnivå och i vilken grad används systemet för ärendehantering?

HändelseVis är ett webbverktyg för avvikelsehantering[35]. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska avvikelser hanteras så att de leder till åtgärder som sedan följs upp. Avvikelsehanteringssystemet har utvecklats utifrån användarnas behov och önskemål. I HändelseVis har totalt 44 387 vårdavvikelser rapporterats under 2023 för vården i egenregi. Av dessa ärenden har 42 procent klassificerats som risker, 35 procent som tillbud och 23 procent som negativa händelser. Denna data rapporteras i regionens patientsäkerhetsberättelse. Information om att patientsäkerhetsberättelsen finns på Vårdgivarguiden[36], sker i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsberättelse. Det finns ingen fastställd form för dialog mellan nämnder och förvaltning kring den, enligt respondenten. Granskningen finner inga explicita budgetuppdrag utifrån data avseende avvikelser.

Revisionens granskning visar att andelen avslutade avvikelser av totalt antal registrerade under åren 2020-2022 låg på 99,2 procent, 98,3 procent respektive 97 procent och för 2023 på cirka 93 procent när statistikuttaget gjordes den 17 maj 2024. När ett nytt datautdrag gjordes 12 augusti 2024 ligger andel avslutade avvikelser för åren 2020-2022 på 99,4 procent, 98,7 procent och 97,6 procent och för 2023 på 94,4 procent, se figur 1. Andel avslutade avvikelser för perioden 2013 - 2019 ligger på strax under 100 procent. Skillnaderna i andelen avslutade ärenden 2020-2023 mellan de två

[34] Vårdrelaterade infektioner
[35] I HändelseVis kan olika kategorier av avvikelser hanteras. I denna rapport avses enbart vårdavvikelser. Systemet används av vårdgivare i egenregi och licenser kan köpas av privata aktörer med avtal i region Stockholm.
[36] Ur Om Vårdgivarguiden ”Vårdgivarguiden är en webbplats för information och tjänster till vårdgivare i Region Stockholm. Ambitionen är att du som arbetar i vården ska hitta den information och det stöd som behövs, både i administrativa frågor och i mötet med patienten, snabbt, enkelt och samlat på ett ställe.”

datauttagen kan bero på en eftersläpning i handläggningen, som kan vara upp till 4 år, men som bearbetas kontinuerligt.

Tyvärr tillåter systemet inte datauttag på ett sådant sätt att det går att göra en analys av orsakerna till handläggningstiderna på aggregerad nivå.

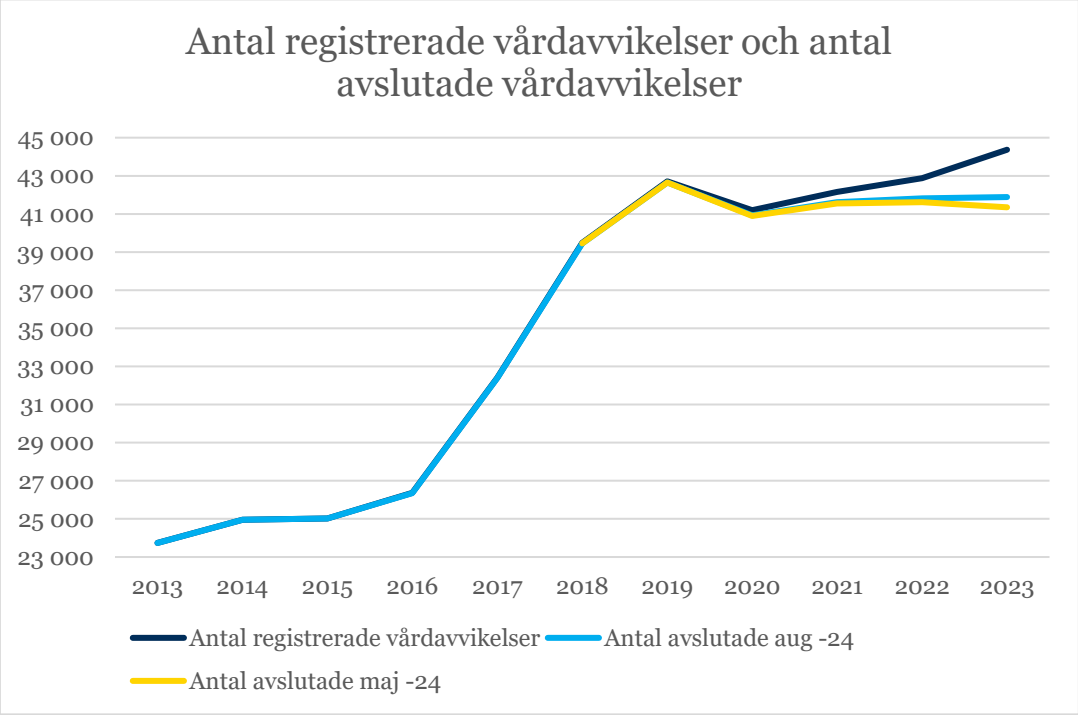

Fig 1 Antal registrerade avvikelser och antal avslutade avvikelser i Region Stockholm 2013-2023 vid datauttag 17 maj 2024 och 12 augusti 2024

Som rapportör av en avvikelse är en snabb återkoppling essentiell för förtroendet för avvikelsehanteringssystemet och för en god *patientsäkerhetskultur* där så väl ledning som medarbetare har fokus på vårdens säkerhet.

Revisionen kan konstatera att avvikelsehanteringssystemet är en outnyttjad källa till ökad kunskap för ledning och styrning på övergripande nivå och att det finns en eftersläpning i handläggningen.

3.2.3. Vårdskadekostnader och finansiering av patientsäkerhetsarbete som grund för ledning och styrning

Hur analyseras kostnader som uppstår med anledning av vårdskador som grund för den övergripande styrningen av patientsäkerhetsarbetet i vårdverksamheterna?

Den årliga merkostnaden uppskattas till cirka 2 miljarder kronor för Region Stockholm[37]. Merkostnader för individen/närstående och samhället är inte inberäknade. Sådana kostnader uppstår på grund av förlängd sjukfrånvaro, bestående men eller död, nedsatt arbetsförmåga eller annat så som kostnader för sjukvårdsmaterial, sjukvård vid senare tillfällen, resor, extra barnomsorg och behov av livslångt stöd och omsorg.

Att fånga kostnaderna som uppstår vid bristande säkerhet eller vid vårdskador kräver metod och systematik. Olika tänkbara metoder finns, så som beräkning av vårdskadekostnader[38], som till exempel Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), har gjort

[37] SKL: Skador i vården –skadeöversikt och kostnad MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING JANUARI-JUNI 2013

[38] Measuring the cost of adverse events in hospital Lauren Lapointe-Shaw, MD PhDcorresponding author and Chaim M. Bell, MD PhDCMAJ. 2019 Aug 12; 191(32): E877–E878. doi: 10.1503/cmaj.190912

genom markörbaserad journalgranskning. En annan tänkbar metod är genom beräkningar utifrån kostnad per patient (KPP)[39]. I dag sker inte såvitt denna granskning kan visa någon utveckling av KPP som metod för vårdskadekostnader. Enligt SKRs senaste sammanställning[40] rapporterar Region Stockholm också bara data för somatisk specialistvård, men inte psykiatri eller primärvård.
Metoden för beräkning av kvalitetsbristkostnader[41] finns också, även om den, liksom andra metoder, prövats i mindre skala i Sverige och i huvudsak vid enstaka rapporter. Region Stockholm genomförde en pilotstudie[42] som rapporterades i Läkartidningen 2009 där två modeller för beräkning av kvalitetsbristkostnader prövades; *fyra kostnader-metoden* och *kostnad-omkostnad-besparingsmetoden*. Data kunde hämtas ur regionens befintliga system. Piloten genomfördes i vårdverksamheter med tvärfunktionella grupper där en ekonom ingick. Grupperna kunde rapportera om väsentlig kostnadsreduktion. Detta ledde till en regiongemensam patientsäkerhetssatsning.
Västragötalandsregion[43] har använt vårdskadekostnader som en variabel bland flera i simuleringar över långsiktig ekonomisk utveckling. Flertalet (forsknings-)studier har genomförts avseende mätning av vårdskadekostnader, flera med resultatet att det visade sig att vårdskadekostnaderna var högre än vad tidigare beräkningar visat[44].

I Region Stockholm sker ingen särredovisning av vårdskadekostnader, till exempel med att mäta extra vårddygn på grund av vårdskador, enligt respondent. Därmed sker det heller ingen analys av vårdskadekostnaderna i nämnderna. Vid budgetarbete i regionstyrelsen sker inte, vad denna granskning kan visa, en dialog eller diskussion om vad merkostnader för vårdskador kunde innebära. I led med ovan sker därmed ingen ledning och styrning med kostnader för vårdskador som grund.
Regionen finansierar inte patientsäkerhetsarbetet explicit hos vårdproducenterna. Ersättningen för vårdtjänsten[45] ska, enligt respondent, även bekosta patientsäkerhetsarbete.

Revisionen kan konstatera att nämnderna och regionstyrelsen saknar underlag för analys och åtgärder utifrån vårdskadekostnader och saknar därmed en möjlighet att styra övergripande patientsäkerhetsarbete utifrån merkostnader på grund av vårdskador. Regionen tillämpar inte riktad finansiering av patientsäkerhetsarbete och styr därmed inte genom finansiering.

3.3. Implementering av handlingsplan

Hur följs implementeringen av handlingsplanen upp och hur sker återkoppling av analys, lärande och utveckling i patientsäkerhetsarbetet i regionen?

Ansvar för uppföljning av implementering
Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024-2026 (HSN 2023-0291, RS 2023-0520) är ett omfattande ramverk av fyra grundläggande förutsättningar

[39] SKR ansvarar för att KPP-data från sjukhusen sammanställs i en databas. Uppgifterna i databasen bildar ett underlag för utveckling av metoder för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården. Arbetet sker i nära samarbete med regioner och sjukhus. Databasen innehåller specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och primärvård
[40] https://skr.se/download/18.565a1fb118a82e14f6769061/1695203167021/KPP-sammanstallning-2022.pdf
[41] Lars Sörqvist ISBN: 9789144019147 Kvalitetsbristkostnader- Ett hjälpmedel för verksamhetsutveckling samt Brister i kvaliteten - kostar det? Metoder och erfarenheter i kvalitetsarbetet, svenska kommunförbundet 1:a upplagan isbn 91-7289-253-6
[42] Lönsamt förbättringsarbete med vanliga kliniska problem https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2009/11/lonsamt-forbattringsarbete-med-vanliga-kliniska-problem/
[43] Dnr RS 16-2015 Bedömning av Västra Götalandsregionens långsiktiga ekonomiska utveckling Delrapport 2, juni 2017 2018-2032
[44] HEALTH ECONOMICS Measuring the cost of hospital adverse patient safety events† Kathleen Carey, Theodore Stefos
First published: 20 October 2010 https://doi.org/10.1002/hec.1680
[45] Vårdtjänst är den sjukvårdsaktivitet som ersätts, till exempel en knäoperation eller ett mottagningsbesök. Vårdtjänsten kan vara digital.

och fem fokusområden. De grundläggande förutsättningarna behöver, enligt handlingsplanens intention, vara uppfyllda för ett gott patientsäkerhetsarbete. De fem fokusområdena representerar dagens huvudsakliga utmaningar inom patientsäkerhetsarbetet i Sverige. De grundläggande förutsättningarna är: *ledning och styrning*, *en god säkerhetskultur*, *kunskap och kompetens* och *patient som medskapare*. De fem fokusområdena är:

- Ökad kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system, enhetliga processer och rutiner
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

I den regionala riktlinjen och handlingsplanen framgår utöver ovan, även vision och övergripande mål för patientsäkerhet. Dokumentet reglerar inte regionens patientsäkerhetsarbete i övrigt. Enligt intervju på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, finns ingen implementeringsplan. Vidare framgår att det inte sker rapportering till nämnd eller styrelse av hur *implementeringen* av handlingsplanen fortskrider.

Hur, och vilken nämnd eller styrelse som har ansvar för uppföljning av implementeringen av handlingsplanen och för att vidta åtgärder vid uteblivet resultat framgår inte i beslutet 2020 om Regional handlingsplan för säker vård (VKN 2020–0010) eller i beslutet 2024 om Riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet (RS 2023-0520). Däremot återfinns en stats i regionfullmäktiges budget 2020 (RS 2019-0829) att det som då kallades *Planen* som beslutats av vårdens kunskapsstyrningsnämnd, ska implementeras och följas upp i samverkan mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och patientnämnden. Vidare framgår att planen ska antas av regionfullmäktige och kommer att implementeras under 2020. Planen antogs inte av fullmäktige 2020. Denna formulering av uppföljningsansvar går inte att återfinna i hälso- och sjukvårdsnämndens eller patientnämndens avsnitt i samma budgetdokument. Enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte sådan uppföljning av implementeringen skett som beslutades om 2020. Återkoppling till informell politisk gruppering har skett före mandatskiftet 2023, och till patientnämnden, huvudsakligen avseende *aktiviteter*.
Beslut om riktlinje och handlingsplan i regionfullmäktige 2024 föregicks av ett beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 där man beslutade att lyfta frågan till regionfullmäktige och att för egen del uppdra hälso- och sjukvårdsdirektören att implementera riktlinje och handlingsplan. Revisionen bedömer att uppföljningsansvaret är svårt att identifiera och att det tillsammans med nytt beslut om handlingsplanen 2024 i regionfullmäktige och beslut om implementeringsansvarig i hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 inte är tydligt.

Rapportering av aktiviteter i handlingsplanen

Handlingsplanens aktiviteter ska, enligt den senaste uppdaterade riktlinje och handlingsplan, rapporteras två gånger årligen till regional samverkansgrupp patientsäkerhet (RSG PS), till hälso- och sjukvårdsförvaltningens utskott för hälso- och sjukvårdsystemets stödstrukturer samt i patientsäkerhetsberättelsen. RSG PS är en sammanslutning av vårdproducenternas representanter i regionerna Stockholm och Gotland[46] och saknar beslutsmandat. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens utskott har en beredande funktion mot förvaltningens ledning[47].

[46] Regional samverkansgrupp Patientsäkerhet (Stockholm-Gotland).pdf | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)
[47] Region Stockholm intranät - HSLG:s utskott för hälso- och sjukvårdens stödstrukturer

Revisionen konstaterar att uppföljning av aktiviteter ur handlingsplanen sker i grupperingar som arbetar operativt på förvaltningsnivå, men att dessa grupperingar saknar beslutsmandat som rör regionens övergripande patientsäkerhet.

Rapportering avseende det förvaltningen uträttat under året, bland annat status i valda delar av handlingsplanens aktiviteter sker genom verksamhetsberättelse. I tertialrapport 2023 för hälso- och sjukvårdsnämnden och för primärvårdsnämnden finns också en hänvisning till Vårdgivarguiden[48] om att patientsäkerhetsberättelsen[49] publiceras där. Det finns ingen fastställd form för dialog mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och nämnder avseende denna rapportering/information eller för återkoppling av analys och lärande.

Revisionen konstaterar att rapportering av handlingsplanens aktiviteter till nämnder, regionstyrelsen och regionfullmäktige sker i viss utsträckning i verksamhetsberättelse och via hänvisning till patientsäkerhetsberättelse på Vårdgivarguiden. Revisionen menar vidare att uppföljning av aktiviteter inte är samma sak som uppföljning av implementeringen. Det finns inte någon fastställd form för dialog, eller återkoppling av analys, lärande och utveckling i patientsäkerhetsarbetet i regionen.

Graden av implementering av handlingsplanen

Beslutet om handlingsplanen är i första steget 2020 fattat av dåvarande vårdens kunskapsstyrningsnämnd vars ansvar efter nedläggning överförts till hälso- och sjukvårdsnämnden 2023. Den uppdaterade versionen av handlingsplanen har beslutats av regionfullmäktige 2024. I båda fallen har hälso- och sjukvårdsdirektören fått uppdraget att implementera handlingsplanen, först av vårdens kunskapsstyrningsnämnd via hälso- och sjukvårdsnämnden och då i samverkan med patientnämnden, sedan av hälso- och sjukvårdsnämnden utan specifikt omnämnande av samverkan med patientnämnden. Det står inte klart huruvida implementeringen avser hela regionen, eller som respondent menar, främst avser hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Då det inte går att finna verksamhetsplaner för förvaltningens avdelningar har budget 2022 och 2023 granskats på uppdrag avseende patientsäkerhet och jämförts med aktiviteter i handlingsplanen. Graden av implementering, att något förverkligas[50] kan speglas av bland annat uppdrag i budget. Revisonen konstaterar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte har uppdrag i budget under benämningen *patientsäkerhet*. Däremot finns flera uppdrag som rör ämnesområden som ingår i praktiken för *patientsäkerhet* så som bemanning, överbeläggningar, med mera. Ett uppdrag i handlingsplanen (utveckla befintliga beredskapsplaner) finns i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. Men uppdraget går inte att finna i fullmäktiges budget 2022 eller 2023. Uppdrag om remissvägar finns i budget och handlingsplan.
Ordet *patientsäker*het nämns som ett önskat utfall i budgetarna, men inte som ett uppdrag eller aktivitet. Handlingsplanen nämns en gång i en budgetbilaga för styrande dokument. Revisionen konstaterar att det inte går att bedöma om handlingsplanen är implementerad genom att identifiera explicita uppdrag ur den i budgetarna 2022 och 2023. Revisionen konstaterar vidare att det heller inte går att finna explicita uppdrag inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, till dess avdelningar och enheter. Sådana uppdrag skulle ha kunnat indikera på en implementering inom förvaltningen. Däremot har avtalsprocessen kompletterats så att kompetenser inom patientsäkerhet kan konsulteras. Revisionen konstaterar att det är svårt att bedöma graden av implementering.

[48] Ur Om Vårdgivarguiden ”Vårdgivarguiden är en webbplats för information och tjänster till vårdgivare i Region Stockholm. Ambitionen är att du som arbetar i vården ska hitta den information och det stöd som behövs, både i administrativa frågor och i mötet med patienten, snabbt, enkelt och samlat på ett ställe.”
[49] I patientsäkerhetsberättelsen framgår bland annat statistik kring antalet avvikelserapporter.
[50] https://svenska.se/saol/?sok=implementera&pz=1

Revisionen bedömer sammanfattningsvis avseende implementering av handlingsplan att det är svårt att tolka ansvarig för uppföljning av implementeringen och att det är svårt att bedöma graden av implementering då en implementeringsplan saknas. Revisionen bedömer att det inte går att spåra återkoppling av analys, lärande och utveckling i patientsäkerhetsarbetet i regionen.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.regionstockholm.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm