

**Mottagare**  
Hälso- och sjukvårdsnämnden

## Återredovisning internkontroll 2023

### Förslag till beslut

- Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att godkänna rapporten.

---

### Sammanfattning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2023:

- Utskrivningsprocessen
- Tidsgränser för utredning av vårdavvikelse
- Försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel
- Samverkan arbetsplats, arbetsplatsträffar

Av de fyra genomförda kontrollerna har utskrivningsprocessen och försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel bedömts vara godkända. För övriga kontroller har eller kommer ytterligare åtgärder att vidtas.

Utöver resultat av internkontroller redovisas åtgärder avseende följsamhet till basala hygien- och klädregler och åtgärder för att förbättra följsamheten till strokeprocessen, vilket är punkter från tidigare internkontrollplaner.

### Ärendebeskrivning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2023:

- Utskrivningsprocessen
- Tidsgränser för utredning av vårdavvikelse
- Försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel
- Samverkan arbetsplats, arbetsplatsträffar

Av dessa har kontroller av tidsgränser för utredning av vårdavvikelse och samverkan arbetsplats, arbetsplatsträffar bedömts som ej godkända. Åtgärder har eller kommer att vidtas för dessa.

## Resultat utskrivningsprocessen

**Kontroll:** Utskrivningsprocessen har under 2022 omformats och implementering av ny process med riktlinje och rutiner genomfördes under november 2022. Att de nya rutinerna följs är av stor vikt för bland annat patientsäkerheten och vårdplatskapaciteten. Kontrollens syfte är att kontrollera att befintlig riktlinje och rutiner för utskrivningsprocessen är kända och efterlevs.

**Metod:** Genomgång av de svar som verksamheter i egen regi lämnat i beslutsstödet Hypergene har granskats. Två fördjupande intervjuer samt genomgång av de 21 avvikelser som skrivits i egenregi kring utskrivningsprocessen under 2023. Uppföljningen inkluderar enbart de utskrivningar som berör vuxna.

**Resultat:** En delredovisning har erhållits från samverkansledaren vid regionstyrelseförvaltningen som ansvarar för kontrollen. I denna framgår att Primärvården, Psykiatri, Habilitering och Rehabilitering och samtliga avdelningar på lasarettet har systematik och struktur för hur de ser till att personalen är uppdaterade på gällande riktlinje och rutiner och att de deltar på informationstillfällen och utbildningar.

I avdelningarnas rapportering, i intervjuerna och i avvikelser framkommer flera saker som fungerar bra i utskrivningsprocessen, men också att det finns områden som kan förbättras.

Specifika områden där det upplevs ett behov av förbättringar är:

- Stort behov av en kommunikationsplattform.
- Svårt att avgöra vilken typ av möte som behövs, vilket ibland leder till att patienten blir kvar på lasarettet längre än nödvändigt.
- Det kan uppstå oklarheter vem som ska göra vad – lasarettet eller vårdcentralen.
- Det kan uppstå svårigheter att få tag på berörd personal när någon planeras hem i slutet av veckan.
- Lasarettet behöver bli bättre på att uppdatera preliminärt utskrivningsklardatum.
- Bättre kommunikation med handläggare och hemtjänst natt.
- Att fler SIP och proaktiva/förebyggande SIP behöver äga rum i hemmet.
- Upplevelse hos ortopederna att hemgångsplaneringen kommer igång för sent.

**Analys och slutsats:** Kontrollen visar att befintlig riktlinje och rutiner för utskrivningsprocessen är kända och efterlevs men att det finns områden att arbeta vidare med. Kontrollen bedöms som godkänd.

**Åtgärd:** Det finns ett fortlöpande behov av samverkan kring utskrivningsprocessen mellan verksamheter och förvaltningar.

### **Resultat för tidsgränser för utredning av vårdavvikelser**

**Kontroll** Varje vårdavvikelse som rapporteras ska utredas skyndsamt bland annat för att hitta åtgärder som minskar risk för upprepning. Det finns krav på när analysarbete ska påbörjas och i förekommande fall när internutredning ska färdigställas. Kontrollen syftar till att kontrollera att tidskrav i rutiner för utredning av vårdavvikelser efterlevs.

**Metod:** Genomgång av ledtider för ärenden i avvikelssystem. Urvalsperiod är 1 januari - 30 juni 2023.

**Resultat:** Internutredningar ska enligt rutin avslutas inom fyra veckor. Kontrollen visar att för de fall som inkommit under 2023 är resultatet fem veckor.

Händelseanalyser ska avslutas inom 10 veckor. Under perioden har det gjorts en händelseanalys, utredningstiden för denna var fyra veckor.

För Lex Maria – anmälningar finns inga tidsangivelser, förutom att de ska anmälas ”skyndsamt”. Av 2023 års ärenden har endast en skickats till IVO. Handläggningstiden från utredningens början till inskickad anmälan var för detta ärende 8 veckor.

Den som skriver ett klagomål/synpunkt ska ha fått en första kontakt inom fem dagar. I de allra flesta fall innebär det också att klagomålet/synpunkten avslutas. Under perioden januari till juni 2023 registrerades totalt 34 klagomål/synpunkter i Flexite. Av dessa avslutades 88,5% inom fem dagar.

Under perioden januari till juni 2023 registrerades totalt 1937 avvikelser i Flexite, dvs 322,8 avvikelser i genomsnitt per månad. Den genomsnittliga tiden från start till avslut i hanteringen av en avvikelse var 31 dagar. Det kan jämföras med en genomsnittstid från start till avslut på 52 dagar under 2022.

För avvikelser i Flexite ska hanteringen av avvikelserna ha påbörjats inom 10 dagar. Den statistiken har vi inte möjlighet att ta ur systemet.

**Analys och slutsats:** Tidskrav för internutredningar efterlevs inte fullt ut. Tidskrav i rutiner för utredning av vårdavvikelser efterlevs för den händelseanalys som har genomförts under perioden. Den genomsnittliga tiden från start till avslut av en avvikelse överstiger tiden för när avvikelserna blir förfallen. Tidsgränsen är fem dagar för första kontakt. Kontrollen visar att 88,5% av klagomålen/synpunkterna avslutades inom fem dagar. Övriga tidskrav är inte möjliga att kontrollera. Det har skett en mycket stor positiv förflyttning det senaste året men kontrollen bedöms som ej godkänd.

**Åtgärder:** På grund av att medarbetare har gått till andra uppdrag eller valt att flytta av personliga skäl så har gruppen patientsäkerhetssamordnare inte varit fulltalig delar av året, vilket bedöms ha påverkat handläggningstiderna och därmed har målet att avsluta internutredningar inom fyra veckor ej kunnat nås. Rekrytering är genomförd och gruppen är fulltalig.

En översyn av hanteringen av synpunkter i HSF har påbörjats med målsättningen att tillskapa en enklare och mer enhetlig hantering. Målet är att få en bättre överblick över alla inkomna synpunkter för att identifiera förbättringsområden. Det skulle också ge bättre förutsättningar att jämföra synpunkterna kvalitativt och kvantitativt med de ärenden som inkommit via Patientnämnden (PAN).

I systemet Flexite förekommer att oavslutade avvikelser från tidigare chefer blir kvar och att avvikelser omdirigeras men inte avslutas. Det har även hänt att chefer låter avvikelser ligga kvar oavslutade som en påminnelse att lyfta inkomna avvikelser på APT tex, vilket påverkar statistiken. Det finns alltså utmaningar både när det gäller kulturen kring hantering av avvikelser men också ett behov av fördjupad kunskap om systemets fallgropar.

Under året har information gått ut till alla chefer om vikten att avsluta avvikelser och stöd för att rätt kategorisera avvikelser enligt skalan risk-tillbud-negativ händelse för att underlätta chefernas hantering.

En ny utbildning i avvikelshantering är upplagd i kompetensportalen. Den vänder sig i första hand till nya chefer men alla chefer är välkomna att anmäla sig.

Chefssekreterarna har fått i uppdrag att stötta cheferna att hantera avvikelser. En utbildning som riktar sig den här gruppen är planerad till hösten. Samtidigt kommer chefssekreterarna även få egna inloggningar till systemet vilket de saknar idag.

Med en fulltalig grupp av patientsäkerhetssamordnare så är ambitionen att tydligt koppla en patientsäkerhetssamordnare till respektive verksamhet, för att främja ett nära samarbete med verksamhets- och enhetschefer och förhoppningsvis därmed underlätta avvikelshantering.

### **Resultat för försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel**

För att verksamheterna ska kunna genomföra medicinska åtgärder och upprätthålla den medicinska kvaliteten behöver de försörjas med sjukvårdsmaterial, läkemedel och medicinteknisk utrustning. En rutin finns för försörjning inklusive lagernivå av visst kritiskt sjukvårdsmaterial från varuförsörjningen och för läkemedel från sjukhusapoteket. Kontrollens syfte är att kontrollera efterlevnaden för försörjning av dessa material.

**Kontroll:** Efterlevnad för försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel.

**Metod:** Ur sortimentet för kritiska sjukvårdsprodukter valdes slumpmässigt sju artiklar av sjukvårdsmaterial, en artikel från LaboratorieMedicinskt Centrum Gotland (LMCG) och två läkemedel för kontroll. Exempel på produkter är munskydd, skyddsförkläde och läkemedlet antikoagulantia. Kontroll av lagernivåer genomfördes under en dag i juni 2023 av materialkonsulent och beredskapsläkare genom fysisk kontroll av material på LMCG och i läkemedelslagret samt kontroll av antal för förbrukningsmaterial i systemet Websesam.

**Resultat:** Antalet artiklar från LMCG och läkemedel överensstämde med antal som redovisades i tillhörande system. Samtliga artikelkontroller uppnådde beslutad målnivå av beredskapslager. Nivåer på beredskapslager anges på grund av sekretess inte i denna redovisning.

**Analys och slutsats:** Utifrån genomförd kontroll är bedömningen att försörjningen av kritiskt sjukvårdsmaterial av beslutad lagernivå är tillfyllest.

#### **Resultat för samverkan arbetsplats, arbetsplatsträffar**

Enligt samverkansavtal ska APT hållas regelbundet, förslagsvis en gång per månad eller 10 gånger per år. Mötesanteckningar ska skrivas och göras tillgängliga på arbetsplatsen. Enligt regionens informationshanteringsplan ska protokoll/anteckningar från APT bevaras och lagras i regionens dokument- och processhanteringssystem; Docpoint.

**Kontroll:** Att arbetsplatsträff (APT) genomförs regelbundet och dokumenteras i Docpoint. För ett urval av verksamheter har kontroll skett av hur många och hur stor andel av medarbetarna som deltagit i APT.

**Resultat:** Urvalsperioden har varit 220501-230501. Av de 100 grupper som ska genomföra APT är det 95 grupper som har APT regelbundet, dvs 10-12 gånger per år. Kontrollen visar att det är 40 av grupperna som har APT regelbundet men avviker i rutinen om registrering av protokoll i Docpoint.

Fyra grupper har inte APT regelbundet. En grupp har inte besvarat frågorna.

Avseende hur stor andel av medarbetarna som deltagit vid APT visar stickprov på 49 grupper att i 31 grupper deltar alla medarbetare som är i tjänst. Åtta grupper redovisar ett deltagande från som lägst 1/3 (p.g.a. rotationstjänstgöring, 1 grupp) och som högst 90-95%. Övriga grupper har inte besvarat frågan så att andelen kan utläsas. Möjlighet finns att delta även om man inte är i tjänst, ibland också på distans.

Vid kontrollen har även observerats att det kan förekomma att publiceringen av protokoll publiceras lång tid efter att APT genomfördes.

**Analys och slutsats:** Minst 95 av 100 grupper genomför APT regelbundet. Kontrollen visar att alla verksamheter inte registrerar protokoll i Docpoint. I många av grupperna eftersträvas att alla deltar, men utmaningar finns eftersom verksamhet pågår under tiden för mötet.

Utifrån genomförd kontroll är bedömningen att arbetsplatsträffar genomförs regelbundet men att det finns brister i registrering i Docpoint av dessa protokoll. Kontrollen bedöms som ej godkänd.

**Åtgärd:** Flera av de grupper som brustit i rutinen att registrera protokoll i Docpoint har meddelat att de nu kommer registrera protokollen i efterhand, ofta finns de sparade på G: eller har av annan anledning släpat efter.

De som inte har ATP regelbundet kommer att följas upp.

Påminnelse att protokoll från APT ska dokumenteras i Docpoint skickas till de grupper som inte dokumenterat i Docpoint.

### **Förbättra följsamheten till inköpsprocessen, uppföljning av föregående års internkontroll**

Enligt riktlinjer för intern kontroll skall redovisning ske av vilka åtgärder som vidtagits vid konstaterade fel och brister i föregående års interna kontroller.

I återföring av resultat för 2022 års kontroll av följsamhet till inköpsprocessen redovisades att förvaltningen framåt kommer att jobba med tre områden för att förbättra följsamheten. Dessa var:

- Kontroll av inköp under flera år per leverantör, för att tillse att inte direktupphandlingsgränsen uppnås inom en 4 års period.
- Fortsätta denna typ av kontroll för att kontrollera att regelverket efterlevs.
- Säkerställa processen för utförande och dokumentation av alla typer av upphandling görs enligt Region Gotlands riktlinjer för upphandling.

Kontrollerna ovan har genomförts. Förvaltningens arbete med att öka följsamheten till inköpsprocessen fortgår genom att genomföra denna typ av analyser årligen.

### **Förbättra följsamheten till strokeprocessen, åtgärder**

Förvaltningen fick i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-12-16 (HSN§117) att redovisa åtgärder för att förbättra följsamheten till strokeprocessen.

Under 2021 etablerades en tvärprofessionell arbetsgrupp inom strokeprocessen, Akuta Stroke Gruppen. Arbetsgruppen har som del i sitt uppdrag att uppdatera och säkerställa kvalitet i de gemensamma rutinerna. Under 2022 justerades bland annat flera rutiner. Åtgärder för att förbättra följsamheten har fortsatt under 2023 och arbetsgruppen har arbetat vidare med att identifiera behov av uppdaterade rutiner och tittat på hur vi på olika sätt kan säkerställa dessa samt behov av kompletterande rutiner.

Arbetet är fortlöpande och kan inte rapporteras som helt slutfört. Förvaltningen bedömer att den specifika uppföljningen kan avslutas. Exempel på åtgärder som har genomförts under 2023:

- Under våren hölls simuleringsövning av Strokalarm på Visby Lasarett med avsikten att effektivisera och höja patientsäkerheten vid omhändertagandet av patienter vid strokelarm.
- Akuta stroke gruppen har under året arbetat med uppföljning av processen strokelarm dvs patientens väg från insjuknande-akuten-vårdavdelning samt påbörjan av utvecklingsarbete avseende tid på strokeavdelningen från inskrivning till utskrivning.
- Arbetet med registrering i Riksstroke har fortsatt och samtliga patienter som vårdades på Visby lasarett under 2022 har registrerats i kvalitetsregistret samt även samtliga patienter som vårdats fram till 230831.
- Deltagande i regionalt strokeråd med tillhörande arbetsgrupper har prioriterats under våren 2023.
- Strokeavdelningen deltog den 7 september på stroketeamdagen. Fokus var ett teambaserat och personcentrerat arbetssätt utifrån det standardiserade vårdförloppet för TIA och stroke. Dagen gav inspiration till fortsatt utvecklingsarbete utifrån vårdprogrammet avseende bl. a patientkontrakt och strukturerad uppföljning.
- Planering av genomförande av strokekompetensutbildning för medarbetare på avdelningen har påbörjats.

### **Följsamhet till basala hygien- och klädregler, åtgärder**

Förvaltningen fick i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-12-16 (HSN § 117) att redovisa åtgärder för att förbättra följsamheten till basala hygien- och klädrutiner.

Resultat: Under perioden januari till juni 2023 registrerades en följsamhet på 82% baserat på fyra självskattningstillfällen.

Därtill gjordes en nationell mätning v 12-13 med 40% inrapporterade enheter.

Resultaten på BHK – mätningarna är fortsatt otillfredsställande. En god förebyggande vårdhygienisk kontroll är en förutsättning för att uppnå en god patientsäkerhet. Från en heltidstjänst som hygiensköterska har tjänsten under 2023 delats i två halvtidstjänster. De nya hygiensköterskorna började i mars respektive i april vilket innebär att vårdhygien tyvärr inte har haft resurser fullt ut för sitt arbete. En analys är att metoden egenkontroll har sina begränsningar. BHK – mätningarna behöver i större del än idag ingå som en integrerad del av enheternas patientsäkerhetsarbete. För att tydliggöra detta så har även patientsäkerhetsstrategen involverats i arbetet. Det pågår ett riktat arbete kring BHK – mätningarna.

### **Bedömning**

Av de fyra genomförda kontrollerna har kontroller för utskrivningsprocessen, och försörjning av kritiskt sjukvårdsmaterial och läkemedel bedömts vara godkända. Kontroller för tidsgränser för utredning av vårdavvikelse samt samverkan arbetsplatsarbetsplatsträffar har bedömts vara ej godkända. Åtgärder har eller kommer att vidtas för dessa.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse hälsa-och sjukvårdsförvaltningen daterad 2023-12-10

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Marie Loob  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

### **Skickas till**

Regionstyrelsen