

Granskningsrapport

Patientsäkerhet vid förekomst av inhyrda läkare

Region Norrbotten

Marie Lindblad
Certifierad kommunal
revisor

Jenny Engelmark
Certifierad kommunal
revisor

Erik Jansen
Revisionskonsult

November 2018

pwc

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Revisionskriterier	3
1.3. Syfte och revisionsfrågor	3
1.4. Kontrollmål	3
1.5. Metod och avgränsning	4
2. Iakttagelser och bedömningar	5
2.1. Ansvarsfördelning	5
2.2. Introduktion av inhyrda läkare	7
2.3. Dagligt stöd för inhyrd läkare	9
2.4. Dokumenterade riskanalyser utifrån hög andel inhyrda läkare	10
2.5. Förekomst av systematisk egenkontroll	12
2.6. Åtgärder	14
2.7. Regionstyrelsens uppföljning	15
3. Bedömningar	17
3.1. Bedömningar mot kontrollmål	17
3.2. Revisionell bedömning	18
3.3. Rekommendationer	18
Bilaga 1	19

November 2018



Marie Lindblad

Certifierad kommunal revisor

Uppdragsledare och projektledare

Sammanfattning

För sammanfattning av granskningens iakttagelser och bedömningar hänvisar vi till avsnitt 3 i denna rapport.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Av Regionstyrelsens uppföljning framkommer att regionens kostnader för inhyrd personal ökar trots mål om minskade kostnader. Utöver ständigt ökande kostnader kan även risker finnas ur ett patientsäkerhetsperspektiv om en verksamhet i stor utsträckning bedrivs av inhyrd personal.

Yrkeskategorin läkare innehar, oavsett om denne är anställd av regionen eller som inhyrd, ett medicinskt ansvar för patienters hälso- och sjukvård samt en skyldighet att följa interna styrande dokument (plandokument, policys, riktlinjer, rutiner etc.). Detta för att säkerställa patientsäkerheten och undvika vårdskador. Om det inte är säkerställt att läkare har kännedom om, samt tillämpar, gällande styrdokument finns även risker att de övergripande politiska målsättningar fullmäktige har antagit inte uppnås. Inom ramen för tidigare revisionsgranskningar har framkommit att skillnader finns när avtal tecknas med fasta leverantörer kontra genom direktupphandling. Regionstyrelsen är enligt reglemente ansvarig vårdgivare i Region Norrbotten.

1.2. Revisionskriterier

- Kommunallag (SFS 2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)
- Patientsäkerhetsförordning (SFS 2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete (SOSFS 2011:9)
- Regionfullmäktiges plandokument
- Övriga för granskningen aktuella interna styrdokument (inkl. Regionens avtal för bemanningstjänster)

1.3. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge underlag för att bedöma om Regionstyrelsen som ansvarig vårdgivare säkerställt:

- att den hälso- och sjukvård länets medborgare erhåller av inhyrda läkare är ändamålsenlig
- att den interna kontrollen inom området är tillräcklig

1.4. Kontrollmål

Följande kontrollmål har ingått i granskningen:

- Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan leverantör av inhyrd läkare och regionen avseende säkerställande att uthyrd person arbetar patientsäkert och enligt gällande interna regelverk?

- Sker en introduktion av inhyrda läkare utifrån en regionövergripande särskild rutin (checklista)?
- Är det inom verksamheterna säkerställt att inhyrda läkare får tillräckligt stöd i sitt dagliga arbete?
- Finns dokumenterade riskanalyser (på regionövergripande och verksamhetsnivå) avseende patientsäkerhetsrisker som kan komma uppstå av hög andel inhyrda läkare? T.ex. inför sommaren.
- Sker systematisk egenkontroll av hyrläkares insatser utifrån regionövergripande rutin vad gäller hyrläkarnas insatser?
- Vidtas åtgärder mot bakgrund av genomförda riskanalyser och systematiska egenkontroller av hyrläkarnas insatser?
- Vad efterfrågar och erhåller Regionstyrelsen för information och rapportering gällande inhyrda läkare kopplat till patientsäker vård?

1.5. *Metod och avgränsning*

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling och analys av styrande dokument.
- Inledande intervju med företrädare från upphandlingsenheten.
- Inhämtning av uppgifter och statistik avseende vilka verksamheter som upphandlat/använt sig av inhyrd personal under perioden januari till mars 2018 samt kontaktuppgifter till ansvariga verksamhetschefer för dessa.
- En webbenkät som under juni 2018 skickades till samtliga verksamhetschefer som hade avropat/bemannat med inhyrda läkare under januari, februari och/eller mars 2018. Totalt sändes enkäten till 31 verksamhetschefer och 27 av dessa besvarade hela enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvensen på 87 %.
- Utifrån erhållen statistik avseende förekomst av inhyrda läkare har intervjuer genomförts med totalt nio verksamhetsföreträdare inom fyra verksamheter:
 - o Medicinsk akutvårdsavdelning, Sunderby sjukhus
 - o Vuxenpsykiatri, Sunderby sjukhus
 - o Länsklinik, Öron-näsa-hals
 - o Hertsö hälsocentral
- Avstämningsmöte med representant för Regionstyrelsen, Regiondirektör, HR-direktör samt patientsäkerhetssamordnare.
- Avstämning/kontakt med företrädare inom Region Norrbotten som genomfört riskanalyser i verksamheten utifrån perspektivet inhyrd personal.
- Sammanställning av iakttagelser utifrån insamlade dokument, enkät och intervjuer i rapport. De som intervjuats för granskningen har haft möjlighet att faktakontrollera innehållet i rapporten innan rapportens offentliggörande.
- Rapporten har innan den fastställts kvalitetssäkrats av Karin Magnusson, revisionskonsult och Per Stålberg, certifierad kommunal revisor, PwC.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Ansvarsfördelning

2.1.1. Iakttagelser

På regionens intranät finns en särskild informationssida för chefer benämnd "Inhyrd vårdpersonal". Här återfinns information och gällande avtal för upphandling/avrop. Dessutom finns där även information om det uppdrag samtliga verksamheter har om att uppnå ett oberoende av inhyrd personal. Vidare framgår, utifrån vilket avtal som gäller, hur processen för att upphandla/avropa inhyrda läkare ska ske. Ett särskilt formulär för uppdragsbeskrivning och som ifylls digitalt finns och ska användas vid avrop. Formuläret skickas sedan till upphandlingsenheten och en kopia till divisionschef.

I Region Norrbotten finns två avtal som reglerar upphandling av läkare till regionens verksamheter:

- "Avtal Allmänspecialister till Hälsocentraler"
- "Avtal Specialistläkare och sjuksköterskor till När- och Länssjukvården".

"Allmänspecialister till Hälsocentraler" är ett avtal som utarbetats internt inom regionen och som omfattar upphandling av allmänläkare vid hälsocentraler. Det trädde i kraft 170101. Det uppges att vid utarbetande av avtalet deltog verksamhetsföreträdare för att bidra med ett tydligt verksamhetsperspektiv. I arbetet deltog även medicinskt sakkunnig från närsjukvårdens ledningsgrupp (specialist i allmänmedicin). Däremot framhålls att vare sig regionens patientsäkerhetsstrateg eller någon av chefläkarna deltagit i framtagandet av avtalstexten. Till upphandlingsunderlaget ingår två avtalsmallar; "Avtalsmall A – Fasta läkare" och "Avtalsmall B – Ramavtal".

Vi noterar att varken i dokumentet, "Administrativa föreskrifter. Bemanningstjänster – läkare till hälsocentraler 2016" eller avtalsmallarna förekommer begreppet patientsäkerhet¹. Däremot finns en skrivning om att regionens avsikt är att skapa hög kontinuitet av inhyrda läkare. Detta innebär att levererade bolag ska nyttja så få roterande läkare som möjligt per leveransområde. Följsamhet till detta premieras även med ersättning enligt avtalsmall A. Vidare noterar vi att begreppet vårdgivare² heller inte används i avtalen.

I såväl avtalsmall A som avtalsmall B framgår vilken kompetens och erfarenhet den av bolaget uthyrda personen ska ha, vilket åtagande denne har (t.ex. att sätta sig in i och följa de föreskrifter, policys, krav och rutiner som gäller inom regionen), hur denne ska bemöta patienter samt ytterligare sex åtaganden såsom att signera journaler och avsluta arbetet så att det inte förorsakar merarbete för regionen. I denna avtalsmall finns även ett avsnitt gällande uppföljning som anger att leverantören på begäran är skyldig att medverka vid

¹ Enligt Socialstyrelsens termbank rekommenderad definition av Patientsäkerhet: "Skydd mot vårdskada".

² Enligt Socialstyrelsens termbank rekommenderad definition av begreppet Vårdgivare: "Stattlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare)."

ett uppföljningsmöte om så begärs från regionens sida. Vid dessa möten kan t.ex. uppföljning av kvalitet i leveransen stämmas av.

Vi noterar att det i avtalsmall B finns ett avsnitt benämnt "Leverantör" som specificerar vad leverantören ska säkerställa gällande de läkare som kan komma att hyras ut.

"Avtal Specialistläkare och sjuksköterskor till När- och Länssjukvården" har Region Norrbotten tillsammans med övriga Norrlandsting (Västerbotten, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen) gemensamt formulerat. Detta ska användas när läkare och sjuksköterskor inom division Närsjukvård och division Länssjukvård ska upphandlas. Avtalet trädde i kraft 180214.

I avtalstexten framgår att leverantören, via sitt eget kvalitetssäkringssystem, ska säkerställa att det egna arbetet alltid utförs med rätt kvalitet och med precision. Vidare anges att leverantören ska använda personal i den omfattning som krävs för att leverera till den kvalitet som avtalet kräver och att personalen ska ha adekvat kompetens och erfarenhet.

I den enkät som genomförts i granskningen framgår att ca 96 % av respondenterna anser att de som ansvariga verksamhetschefer tar del av avtalets innehåll och att ca 93 % anser att de har kunskap om avtalens innehåll (se Bilaga 1, Figur 1). Det innebär att ca 4 % av respondenterna anger att de *inte* tar del av avtalen som reglerar de inhyrda läkarnas arbete och att ca 7 % uppger att de inte vet om de har kunskap om avtalets innehåll och gällande krav som finns på verksamheten som beställande part av en inhyrd läkare.

I intervjuer lyfts det fram att personal som arbetar vid upphandlingsenheten finns tillgängliga som verksamhetsnära chefsstöd som ska användas vid avrop/-upphandling av läkare. Vidare finns en funktion inom enheten som ansvarar för att handlägga de juridiska avtalstextfrågorna. Denna funktion har även kontakt med regionens upphandlingsjurist om det uppstår mer specifika och komplexa frågeställningar.

Av vår enkät framgår att majoriteten av respondenterna, ca 82 %, instämmer i att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan dem som ansvarig verksamhetschef och bemanningsbolaget vad gäller att den inhyrde läkaren arbetar patientsäkert. Samtidigt innebär detta att nära ca 18 % anser att det *inte* finns en tydlig ansvarsfördelning (se Bilaga 1, Figur 2). Vad gäller en tydlig ansvarsfördelning avseende att den inhyrde läkaren följer regioninterna regelverk och riktlinjer är det en mindre majoritet av de svarande som anser att så är fallet, 67,9%. Ca 25 % av respondenterna anser *inte* att det finns en tydlig ansvarsfördelning som säkerställer att inhyrde läkaren följer regioninterna regelverk och riktlinjer, medan drygt 7 % anger svaret *vet ej* på detta påstående.

Vid upphandlingsenheten finns en rutin som innebär att kontrollera om en läkare innehar giltig läkarlegitimation samt om det finns aktuella ärenden hos IVO³ eller HSAN⁴ som berör läkaren. Av intervjuer framgår att om ett ärende finns hos IVO eller HSAN så får berörd verksamhetschef till sig denna information, samt ansvarar för att bedöma om läkaren kan vara aktuell att ta in eller ej. Dessa kontroller ska, utifrån vad som uppges vid våra intervjuer, ske trots att leverantör vid undertecknande av avtal intygar dessa kontroll-

³ IVO = Inspektionen för vård och omsorg.

⁴ HSAN = Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

punkter. På regionens intranät finns även ett utarbetat formulär för intern referenstagning (se mer under avsnitt 2.5.1).

Nära 40 % av respondenterna anser att det *saknas* särskilda rutiner som säkerställer att kontinuiteten i patientens vårdprocess *inte* påverkas trots att det är en inhyrd läkare som ansvarar för patientens vård. En större andel, 57 %, anger dock att det finns särskilda rutiner som säkerställer detta. Av fritextkommentarer framgår att särskilda rutiner för att säkra kontinuitet i vården kan vara introduktion, tydliggörande av rutiner, eftersträva kontinuitet av hyrläkare, vårdprogram, arbetsbeskrivningar och signeringsrutin.

I de intervjuer som genomförts beskrivs att ansvarsfördelningen mellan ansvarig verksamhetschef och det bemanningsföretag som anlitas framförallt tydliggörs i de avtal som finns. Vid oklarheter finns stöd att få hos upphandlingsenheten. Flera av de intervjuade uppger att de själva försöker undvika att ha direktkontakt med bemanningsföretagen. Ambition är istället att den huvudsakliga kontakten ska via upphandlingsenheten.

Vidare framkommer vid intervjuer att det finns utmaningar kopplat till möjligheten för verksamheterna att hinna ta reda på information om en läkare samt kontrollera referenser i de fall verksamhetschefen erhåller namn på läkaren med kort varsel innan uppdraget ska påbörjas. Som exempel lyfts det fram att det ibland inte hunnits med att ta referenser och därför har verksamheterna fått en läkare som inte fungerat inom andra verksamheter i länet. Hade verksamhetscheferna i dessa fall kunnat inhämta denna information i tid hade verksamheterna även kunnat tackat nej till berörd läkare, om så funnits lämpligt.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att det *till övervägande del* finns en tydlig ansvarsfördelning mellan leverantör av inhyrda läkare och regionen avseende säkerställandet att uthyrd personal arbetar patientsäkerhet och enligt gällande interna regelverk.

Vår bedömning baseras på att ansvarsfördelningen tydliggörs i de avtal som sluts mellan regionen och leverantören. Genom vår enkät och våra intervjuer bekräftas även bilden att en majoritet av verksamheterna anser att ansvarsfördelningen är tydlig. Samtidigt är det viktigt att framhålla att det finns verksamheter som inte anser att ansvarsfördelningen är helt tydlig.

2.2. Introduktion av inhyrda läkare

2.2.1. Iakttagelser

I såväl avtalsmall A som avtalsmall B tillhörande "Avtal Allmänspecialister till Hälsocentraler" framgår att regionen ansvarar för att den inhyrda personen erhåller introduktion och information kring rutiner, riktlinjer, instruktioner och system hänförliga till verksamheten. Av intervjuer med upphandlingsenheten framgår att det är den avropande verksamheten som ansvarar för upplägget i den egna verksamheten av inhyrda läkares introduktion.

Samtliga respondenterna i enkäten anger samtliga att inhyrda läkare får introduktion i samband med tjänstgöring. Ca 85 % anger att det sker i samband med första tjänstgöringen vid deras verksamhet och 15 % anger att introduktion sker i samband med varje tjänstgöringstillfälle vid verksamheten (se Bilaga 1, Figur 3). Av intervjuer framgår att intro-

duktion av inhyrd personal ofta startar redan innan den inhyrde läkaren tillträtt hos berörd verksamhet genom ett välkomstbrev och introduktionsmaterial som i förväg skickas till vederbörande. I materialet uppges exempelvis information om ansvarsfördelning, vad som förväntas av läkaren samt hur remisser bedöms. Även en webbutbildning om VAS⁵ finns med i introduktionen.

Vidare framkommer av enkäten att majoriteten, ca 89 %, anger att introduktionen sker enligt en mall/rutin som verksamheten själv har utarbetat (se Bilaga 1 Figur 4). Ingen respondent anger att introduktionen sker enligt en regionövergripande särskild mall/rutin, medan ca 7 % anger att introduktionen sker enligt regionövergripande särskild mall/rutin med verksamhetsnära kompletteringar. I en av de intervjuer som genomförts för granskningen anges att det finns en regionövergripande rutin för introduktion av nya medarbetare och att denna även gäller inhyrd personal. Rutinen är upprättad av regionens HR-avdelning i mars 2018. I samtliga intervjuer uppges dock att lokala rutiner och checklistor som upprättats inom respektive verksamhet används vid introduktion av inhyrd personal. Vår granskning kan dock inte styrka att de lokala rutinerna utifrån någon tydlig styrning brutits ned från den regionövergripande, vilket innebär att de lokala rutinerna även kan komma att skilja sig åt till innehåll och omfattning inom regionen.

Gällande hur mycket tid som avsätts för introduktionen framgår av enkäten att den inhyrde får 1-2 timmars introduktion enligt ca 41 % av respondenterna och mellan 2 och 4 timmars introduktion enligt 44 % av de svarande. Ingen respondent anger att introduktionen tar mindre än en halvtimme medan 4 % anger att 30 minuter till 1 timme avsätts. 11,1 % av de svarande anger att 4 timmars eller mer avsätts för detta ändamål (se Bilaga 1 Figur 5).

I intervjuer beskrivs att tiden för introduktion skiljer sig åt beroende på om det är en för verksamheten helt ny läkare som hyrs in eller om det är en läkare som återkommer gång efter annan.

I såväl intervjuer som i enkätsvaren framgår att det inom de flesta verksamheterna inte finns krav på att den inhyrde läkaren skriftligen ska bekräfta/signera att denne tagit del av introduktionen. Endast ca 19 % av respondenterna i enkäten anger att inhyrda läkare får bekräfta/signera att de tagit del av introduktionen (se Bilaga 1 Figur 6).

Vidare framgår av enkätens svar att majoriteten, ca 93 %, anger att introduktionen inte skiljer sig åt beroende på vilket avtal som den inhyrde läkaren upphandlats utifrån (se Bilaga 1 Figur 7). Lämnade frivilliga kommentarer i enkäten för denna frågeställning är, så som tidigare tydliggjorts i granskningen, att introduktionen kan skilja sig åt beroende på om det är en för verksamheten ny inhyrd läkare eller en välkänd, återkommande läkare. En beskrivning som vi erhåller vid våra intervjuer är att en helt ny inhyrd läkare vid hälsocentralen erhåller en förmiddags introduktion. Om läkaren senare återkommer i verksamheten så ges cirka 2 timmars repetition för att kontrollera så att alla administrativa system fungerar gällande behörigheter, eller om det tillkommit nya rutiner som läkaren behöver känna till.

⁵ VAS är en förkortning för Vårdadministrativt system

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att introduktion av inhyrda läkare inte sker i verksamheterna utifrån den regionövergripande framtagna checklisten, däremot ser vi att de flesta verksamheter utformat lokala rutiner som tillämpas för introduktion av nya medarbetare.

Vi bedömer att lokalt upprättade checklistor riskerar att skapa en variation gällande vilken typ av introduktion som inhyrda läkare erhåller beroende på avropande verksamhet, samtidigt som vi ser positivt på att checklistor tillskapats för att säkerställa en systematisk introduktion.

Vi ser det som positivt att en regionövergripande checklista, som vid behov kan kompletteras med lokala rutiner för introduktion, tagits fram och håller på att implementeras i verksamheterna. Detta kan enligt vår bedömning skapa förutsättningar för en mer sammanhållen introduktion av de läkare som hyrs in vid länets sjukvårdsverksamheter.

2.3. Dagligt stöd för inhyrd läkare

2.3.1. Iakttagelser

Av genomförd enkätundersökning framkommer att majoriteten av respondenterna, ca 96%, instämmer i påståendet om att en inhyrd läkare erhåller ett tillräckligt stöd för att kunna utföra sitt dagliga arbete i verksamheten (se Bilaga 1 Figur 8). Som exempel på verksamhetsnära stöd som inhyrd läkare erhåller nämns i enkätensvaren exempelvis stöd från verksamhetschef, enhetschef, planerare, sekreterare, medicinsk rådgivare, sjuksköterskor och läkarkollegor. Vem som stödjer läkaren uppges bland annat bero på vad för fråga läkaren behöver stöttning kring.

Flera av respondenterna anger att den inhyrde läkaren har en utsedd kontaktperson som lotsar denne vidare till rätt person vid frågeställningar. Även i de intervjuer som genomförts lyfts det fram att det inom verksamheterna görs mycket för att inhyrd personal ska få det stöd de behöver. Det uppges att det är upp till respektive verksamhet att säkra ett tillräckligt stöd. I intervjuer framhålls även vikten av att ha bra strukturer och stöd för att verksamheten ska fungera patientsäkert vid hög andel inhyrda läkare. Inom en del verksamheter lyfts det fram rutiner och arbetssätt som medför att en ST-läkare eller specialistläkare har tid avsatt för avstämning och att vid behov stödja inhyrd läkare i olika frågor. Inom andra verksamheter uppges att inhyrda läkare aldrig är ensamarbetande utan att det alltid finns specialistläkare tillgängliga.

I intervjuer beskrivs att ansvarig verksamhetschef ofta försöker stämna av med inhyrd läkare hur arbetet fungerar, vilket stöd läkaren behöver och om det uppstått några bekymmer/problem. Vidare framhåller verksamheterna vikten av att värna de inhyrda läkare som fungerar bra i verksamheten. Vid intervjuer lyfts exempel på inhyrda läkare som efter uppdrag som inhyrd tagit vikariat eller fast anställning i regionen.

I enkäten hade respondenter möjlighet att uppges vad som saknas vad gäller det verksamhetsnära stödet. Som svar angavs att tillsvidareanställda läkare saknas och att det under jourtid kan vara svårt för ordinarie personal att hinna stötta den inhyrda läkare om de inte kommer ihåg vad de lärt sig under introduktionen.

2.3.2. *Bedömning*

Vi bedömer att det inom verksamheterna *till övervägande del* är säkerställt att inhyrda läkare får tillräckligt stöd i sitt dagliga arbete.

Vår bedömning baseras på att de flesta verksamheter kan hänvisa till arbetssätt och metoder för stöd till inhyrda läkare i det dagliga arbetet. Vår granskning visar att verksamheterna analyserat de behov som finns samt vidtagit åtgärder för att möjliggöra ett ändamålsenligt stöd.

Samtidigt visar vår granskning på utmaningar när verksamheter med få eller i vissa fall inga fasta läkare ska ge dagligt stöd till inhyrda läkare. Detta perspektiv lyfts vid våra intervjuer som ett riskområde.

2.4. *Dokumenterade riskanalyser utifrån hög andel inhyrda läkare*

Genom ett förebyggande arbetssätt där bedömningar av eventuella patientsäkerhetsrisker kopplat till inhyrd personal analyseras ges möjligheter att vidta åtgärder för att minska och eliminera dessa risker. Riskbedömningar kan ske på olika nivåer såsom en regionövergripande eller på mer verksamhetsnära nivå.

2.4.1. *lakttagelser*

För granskningen har vi tagit del av dokumentet "Riktlinje för riskanalys NLL". Riktlinjen beskriver bland annat när, var och hur en riskanalys ska genomföras. Av granskningen framkommer att det inte genomförts någon dokumenterad riskanalys på regionövergripande nivå avseende patientsäkerhetsrisker kopplat till stor andel inhyrda läkare. Vi noterar att en del i Regionstyrelsens arbete att styra och följa området sker genom det beslut om handlingsplan som finns för att nå oberoende av inhyrd personal. Handlingsplanen beskriver översiktligt att det finns riskområden vid förekomst av inhyrd personal. Handlingsplanen innehåller dock inte i sig någon analys avseende patientsäkerhetsrisker vid förekomst av inhyrd personal/läkare.

I intervjuer med vårdverksamheterna lyfts det fram att en riskanalys på regionövergripande nivå skulle vara ett sätt att identifiera och lyfta de patientsäkerhetsrisker som finns med få fastanställda läkare och en hög andel inhyrda läkare. Det uppges att mycket fokus i frågan om inhyrda läkare idag ligger på den ekonomiska aspekten och att andra risker och utmaningar exempelvis patientsäkerhetsperspektivet inte lyfts fram i samma omfattning. Vidare uttrycks vid våra intervjuer med vårdverksamheterna oro för att riskanalyser inte gjorts avseende patientsäkerhet i den satsning som nu sker inom regionen för att bryta beroendet av inhyrd personal.

På frågan om våra respondenter i enkäten genomför dokumenterade riskanalyser för att identifierade patientsäkerhetsrisker som kan uppstå som en följd av inhyrda läkare i verksamheten svarar ca 78 % att detta *inte* sker, vilket bekräftar de intervjusvar vi fått i granskningen. Av respondenterna anger ca 4 % att det inte vet och ca 19 % anger att detta sker (se Bilaga 1 Figur 9). I intervjuer lyfts det fram att det inte finns något krav från regionövergripande nivå på att upprätta sådana riskanalyser i verksamheterna.

Vidare framgår av intervjuer att riskanalyser till viss del görs utifrån arbetsmiljöperspektivet, vid förändringar i verksamheter samt inför sommarsemestrar. Vidare anges att analys av risker i verksamheter ibland görs i dialog inom verksamheter, men att riskanalyserna i dessa fall inte är formaliserade eller dokumenterade.

I intervjuer beskrivs att inför stoppet avseende inhyrning av grundutbildade sjuksköterskor från och med 2018-10-01 genomfördes en riskanalys inom den specialiserade vården vid Sunderby sjukhus. I dokumentet anges att riskanalysen gjordes för att få fram och bedöma verksamhetsmässiga risker och konsekvenser för verksamheten i och med hyrstoppet. Vidare anges att ledningen för verksamheten ser stora risker med beslutet som kommer att få betydande konsekvenser för bland annat patientsäkerheten. I riskanalysen framgår ett flertal risker som identifierats, liksom förslag till åtgärder.

En riskanalys avseende hög andel inhyrda specialister i verksamheten är genomförd under år 2018 inom VO.Obstetrik och Gynekologi vid Gällivare sjukhus. Bakgrunden till riskanalysen är att verksamheten sedan flera år tillbaka inte har några fastanställda specialistläkare och att läkarbemanningen till stor del består av vikarier och inhyrda läkare. Då verksamheten innefattar många akuta moment där teamets arbete är viktigt beslutade verksamhetsledningen att genomföra en riskanalys i syfte att identifiera svagheter och förbättringsområden för att stärka patientsäkerheten.

I enkäten ställdes en följdfråga om vilka patientsäkerhetsrisker som identifierats vid förekomst av inhyrda läkare. Som svar anges till exempel att läkare inte har tillräcklig erfarenhet och rätt kompetens för uppdraget, att de kan sakna lokalkännedom samt stora svårigheter med kontinuiteten som medför att andra personalgrupper får stå för kontinuiteten i kontakten med patienten. Andra risker som beskrivs är bristande engagemang och begränsat intresse för kvalitetsutveckling på enheten, brister i planering på grund av att inhyrda läkare inte alltid tar hänsyn till verksamhetens rutiner och inte heller kan/hinner sätta sig in i dem eller fråga om hjälp. Vidare uppges att en onödig resurskonsumtion i form av att fler och onödiga prover tas i förhållande till fast anställda läkare och bristande dokumentation som delvis kommer från ovana med systemen. I intervjuer lyfts det även fram att det funnits inhyrda läkare som inte tömt och stängt sina signeringslistor vilket medfört att till exempel remissvar legat kvar utan hantering i systemet.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att det *inte* finns dokumenterad riskanalys på regionövergripande nivå.

Vidare bedömer vi att det *i begränsad utsträckning* finns dokumenterad riskanalys inom vårdverksamheterna.

Vår bedömning baseras på att vi inom ramen för granskningen inte erhållit någon regionövergripande riskanalys med bäring på patientsäkerhetsrisker vid förekomst av inhyrda läkare. I den handlingsplan vi tagit del av konstateras att det finns risker kopplat till patientsäkerhet vid förekomst av inhyrd personal, men specificerar inte riskerna eller analyserar dessa vidare.

I vår granskning ser vi dock att vissa verksamheter genomfört riskanalyser som en konsekvens av hög andel inhyrda läkare i verksamheterna.

2.5. Förekomst av systematisk egenkontroll

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 1 § framgår att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. I föreskriftens 5 kap. 2 § tydliggörs att vårdgivaren ska utöva egenkontroll och att egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

2.5.1. Iakttagelser

I "Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2017" framgår att uppföljning ska ske genom egenkontroll. Fokus på uppföljning genom egenkontroll uppges vara de strategiska målen i regionens patientsäkerhetsstrategi och handlingsplan. I dokumentet beskrivs att egenkontroll ska ske bland annat avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, avvikelshanteringsprocessen och Lex Maria-processen samt genom journalgranskning och kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Av dokumentet "Anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete" framgår inte benämningen egenkontroller, men en rad områden som berörs av uppföljning inom ramen för patientsäkerhetsarbetet tydliggörs. För granskningen har vi inte kunnat se att det i styrande dokument finns någon specifik egenkontroll som direkt berör hyrläkares insatser. Däremot kan hyrläkares insatser indirekt komma att beröras, vilket även lyfts fram i de intervjuer vi gjort, exempelvis vid journalgranskning, avvikelshantering eller genom uppföljning av Lex Maria.

63 % av respondenterna uppger i enkäten att det finns regionövergripande rutiner för en systematisk egenkontroll av patientsäkerheten i deras verksamhetsområde. Samtidigt uppger ca 22 % att de inte vet något i frågan, och ca 15 % uppger att det inte finns rutiner (se Bilaga 1 Figur 10). I intervjuer lyfts fram att det i viss utsträckning sker egenkontroller i verksamheterna exempelvis avseende avvikelser, loggkontroller, journalgranskning, jämförelser i kvalitetsregister samt inom några verksamheter genom patientenkäter och brukarråd. I några intervjuer lyfts det fram att det saknas styrning från central nivå avseende hur verksamheterna ska arbeta med egenkontroller.

På frågeställningen om det inom verksamheten sker regelbundna egenkontroller av inhyrda läkares insatser som ett led för att stärka patientsäkerheten uppger majoriteten, ca 59 %, att det *inte* sker medan ca 41 % uppger att det sker (se Bilaga 1 Figur 11). I intervjuer beskrivs att inhyrda läkare till viss del berörs av de generella egenkontroller som görs och att det även sker en kontroll av läkarnas legitimation samt kontroll mot IVO och HSAN. Utöver detta uppges att ingen särskild egenkontroll sker kopplat till inhyrd personal och att det inte heller finns någon styrning avseende detta från central ledningsnivå.

Av intervjuer med representanter för upphandlingsenheten framgår att de inte har i uppdrag att genomföra en systematisk egenkontroll avseende inhyrda läkare. Däremot framhålls att det finns en utarbetad rutin och ett formulär för avvikelse/reklamation av bemanningstjänster som berörd verksamhet ska skicka till upphandlingsenheten. Formuläret ska användas om verksamheten identifierar att en inhyrd läkare inte fungerar enligt förväntat och därmed brister i vad som avtalats. Reklamation kan till exempel avse bristande tillgänglighet, bristande kvalitet, dokumentation och följsamhet till anvisningar, brister i samverkan med annan personal och vid läkemedelshantering). Dessutom ska det i formuläret anges vilka krav på rättelse/kompensation som ställs gentemot leverantören. Härigenom får upphandlingsenheten kännedom om brister och kan kontakta leverantör-

ren. I intervjuer med verksamheter framgår att kännedomen om formuläret varierar, några känner till det medan andra vänder sig direkt till bolaget om det inte fungerat med en inhyrd läkare.

Det finns även ett digitalt formulär "Intern referenstagning inhyrd vårdpersonal" som ska säkra kontrollen av inhyrda läkare som arbetat inom Region Norrbotten. I formuläret ska uppgifter lämnas om inhyrd läkares professionella och sociala kompetens enligt en skattningsskala som går från *fungerar inte alls* till *fungerar utmärkt*. Dessutom ska samarbete med leverantör skattas och en slutsats lämnas om den inhyrda läkaren är välkommen tillbaka. Formuläret skickas från aktuell verksamheten till upphandlingsenheten för sammanställning. Vid våra intervjuer framkommer att formuläret tillämpas i låg omfattning i verksamheterna. Från verksamheternas sida uppges att det framför allt är bolagen som är intresserade av hur väl en inhyrd läkare fungerat i verksamheten, inte regionen.

Hantering och uppföljning av avvikelser uppges vara en del av egenkontrollen inom ett flertal verksamhetsområden i regionen. I enkäten ställde vi frågan om inhyrda läkare själva kan rapportera avvikelser som riskerar patientsäkerheten i regionens IT-stöd för avvikelserapportering. Ca 48 % av respondenterna angav vid frågeställning att läkarna inte själva kan rapportera avvikelser medan ca 37 % uppger att de kan göra det. Ca 15 % av respondenterna uppger att de inte vet om läkare själva kan rapportera avvikelser (se Bilaga 1 Figur 12). Våra intervjuer bekräftar den bild som framträder utifrån vår enkät. I kommentarer i enkäten samt vid intervjuer beskrivs att inhyrda läkare som inte själva kan rapportera avvikelser i IT-systemet kan få stöd av verksamhetschef, närmaste chef, sekreterare eller annan ordinarie personal. Samtidigt framhålls vid intervjuer att avsaknad möjlighet för läkaren till avvikelserapportering, i kombination med tidspress i verksamheten, gör att verksamheterna själva bedömer att avvikelser inte alltid upprättas när de uppmärksammas av inhyrd personal.

Genom kommentarer om vilka rutiner som finns för inhyrda som inte har tillgång till IT-stöd för avvikelssystemet uppger respondenter exempelvis:

- att de själv som verksamhetschef kan bistå den inhyrde läkaren i detta
- rutin att de ska kontakta närmaste chef
- att avvikelse kan göras av annan anställd såsom sekreterare eller mottagningspersonal

Samtidigt framhålls att en avvikelse skulle kunna beröra verksamhetschefen och hur denne agerar och att det därför kanske inte alltid är optimalt att avvikelserapporteringen måste gå via/hanteras av verksamhetschefen.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att systematisk egenkontroll av hyrläkares insatser i *begränsad utsträckning* sker utifrån regionövergripande rutin.

Vår bedömning baseras på att vi inte kunnat se att det i styrande dokument finns någon styrning som särskilt specificerar egenkontroll vid förekomst av inhyrda läkare. Däremot skulle hyrläkares insatser indirekt kunna komma att beröras, vilket även lyfts fram i de

intervjuer vi gjort, exempelvis vid journalgranskning, avvikelshantering eller genom uppföljning av Lex Maria-ärenden.

2.6. Åtgärder

2.6.1. Iakttagelser

Upphandlingsenheten ser till att samla information som kommer från verksamheterna avseende läkare som inte levererar i enlighet med förväntad kvalitet, samt interna referenser som lämnas via bland annat det digitala formuläret på hemsidan. Detta innebär att personalen på upphandlingsenheten har en bild över enskilda läkares presentationer/leverans. Vår granskning kan dock inte styrka att det finns någon systematiserad och dokumenterad sammanställning över resultatet av de inhyrda läkarnas insatser.

I enkäten ställdes en fråga om det finns rutiner som tydliggör hur verksamhetschefen ska agera för att avhjälpa brister avseende en inhyrd läkare som inte arbetar på ett patientsäkert sätt. Ca 59 % av de svarande uppger att sådana rutiner finns medan ca 26 % uppger att det inte finns rutiner för det. Ca 15 % av respondenterna uppger att de inte vet om rutiner finns (se Bilaga 1 Figur 13).

I såväl enkäten som i intervjuer efterfrågades vilka åtgärder en verksamhetschef vidtagit när det framkommit att en inhyrd läkare inte utfört sitt uppdrag på ett patientsäkert sätt. Exempel på vidtagna åtgärder som respondenterna lyfter fram är samtal med berörd läkare, kontakt med bolaget som hyrt ut läkaren, återkoppling till upphandlingsenheten samt i vissa fall uppsägning av avtal. Andra exempel på åtgärder som lyftes fram var överyn av introduktion, rapportering av avvikelse, kontroll av hur det gick för patienten och eventuell händelseanalys samt anmälan enligt Lex Maria och till IVO. Dessutom uppger flera att de avböjt att ta emot den inhyrde läkaren fler gånger och att man arbetar med det som uppstått för att säkerställa att det inträffade inte upprepas.

I enkäten ställdes även frågan om regionövergripande insatser genomförs för att säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls inom de verksamheter som har inhyrda läkare. Som framgår av svaren i vår enkät är det ingen respondent som instämmer helt i att regionen vidtar åtgärder. Ca 22 %, uppger att de *inte* instämmer, och lika många instämmer i begränsad utsträckning.

I enkäten gavs möjlighet att lämna förslag på åtgärder som övergripande nivå inom regionen bör vidta för att en god patientsäkerhet ska kunna upprätthållas vid förekomst av inhyrda läkare. Exempel på åtgärder som lyftes fram var:

- Skapa checkdistor, mallar för utvärdering och återkoppling.
- Förtydliga regionövergripande rutiner och regler för egenkontroll av inhyrda läkare.
- Skapa bättre möjligheter att kontrollera läkares referenser i samband med avrop.
- Se över arbetsbelastning, behovet av medicinska sekreterare och antalet patienter som en läkare i primärvården ska ansvara för enligt regionens riktlinjer.

- Vidta åtgärder för att förbättra kontinuiteten av läkare, vilket ses som avgörande för patientsäkerheten.

2.6.2. Bedömning

Vi bedömer att åtgärder i *begränsad utsträckning* vidtas mot bakgrund av genomförda riskanalyser och systematiska egenkontroller av hyrläkarnas insatser.

Vår bedömning baseras på att åtgärder vidtagits inom vissa verksamheter, men i dessa fall på förekommen anledning och inte efter egenkontroller och riskanalyser.

2.7. Regionstyrelsens uppföljning

2.7.1. Iakttagelser

Vår granskning visar att patientsäkerhetsperspektivet främst återkopplas till Regionstyrelsen genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Vid styrelsens sammanträde den 20180228 togs beslut om att anta patientsäkerhetsberättelsen för år 2017.

Vår granskning visar att det i patientsäkerhetsberättelsen saknas specifika skrivningar om risker avseende patientsäkerhet vid förekomst av inhyrda läkare. Vi kan heller inte spåra information i berättelsen med tydlig bäring på granskat område.

Vi noterar att en del i Regionstyrelsens arbete att styra och följa området är genom det beslut om handlingsplan som finns för att nå oberoende av inhyrd personal. Handlingsplanen beskriver följande som huvudskäl till varför Region Norrbotten behöver bli oberoende av inhyrd personal.

”Det finns flera skäl till att vi i Region Norrbotten måste bli oberoende av inhyrd personal. Främst handlar det om att vården ska vara säker för patienterna. Det förutsätter kontinuitet. Ju fler som är involverade i vården, desto större risk för fel och misstag. I ett vårdförlopp där det ständigt kommer in ny vårdpersonal ökar risken för fel. Men det handlar också om trygghet.”

I vår granskning kan vi i övrigt inte se att Regionstyrelsen särskilt följer upp området gällande patientsäkerhet vid förekomst av inhyrda läkare. Den uppföljning som sker av inhyrda läkare sker främst utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Regionstyrelsen har även beslutat om vissa åtgärder, så som personalpolitiska satsningar, vilka haft till syfte att öka attraktionen av Region Norrbotten som arbetsgivare. Detta har även fått effekt att behovet av inhyrd personal minskar.

2.7.2. Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen *inte* har följt upp området över tid utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Däremot ser vi att Regionstyrelsen följt upp området inhyrda läkare avseende det ekonomiska perspektivet.

Vår bedömning baseras på att den regionövergripande handlingsplanen gällande oberoende av inhyrd personal tar upp, men analyserar inte, de risker som kan uppstå vid förekomst av inhyrd personal. Trots detta visar vår granskning i övrigt att det i begränsad ut-

sträckning vidtagits åtgärder för att systematiskt förebygga patientsäkerhetsrisker vid förekomst av inhyrda läkare.

3. Bedömningar

3.1. Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollfrågor	Kommentar
Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan leverantör av inhyrda läkare och regionen avseende säkerställandet att uthyrd personal arbetar patientsäket och enligt gällande interna regelverk?	Vi bedömer att det till övervägande del finns en tydlig ansvarsfördelning mellan leverantör av inhyrda läkare och regionen avseende säkerställandet att uthyrd personal arbetar patientsäket och enligt gällande interna regelverk.
Sker introduktion av inhyrda läkare i verksamheterna utifrån den regionövergripande framtagna check-listan?	Vi bedömer att introduktion av inhyrda läkare inte sker i verksamheterna utifrån den regionövergripande framtagna check-listan. Däremot ser vi att de flesta verksamheter utformat lokala rutiner som tillämpas för introduktion av nya medarbetare.
Säkerställs det inom verksamheterna att inhyrda läkare får tillräckligt stöd i sitt dagliga arbete?	Vi bedömer att det inom verksamheterna till övervägande del är säkerställt att inhyrda läkare får tillräckligt stöd i sitt dagliga arbete.
Finns dokumenterade riskanalyser (på regionövergripande och verksamhetsnivå) avseende patientsäkerhetsrisker som kan komma uppstå av hög andel inhyrda läkare?	Vi bedömer att det inte finns dokumenterad riskanalys på regionövergripande nivå. Vidare bedömer vi att det i begränsad utsträckning finns dokumenterad riskanalys inom vårdverksamheterna.
Sker systematisk egenkontroll av hyrläkares insatser utifrån regionövergripande rutin?	Vi bedömer att systematisk egenkontroll av hyrläkares insatser i begränsad utsträckning sker utifrån regionövergripande rutin.
Vidtas åtgärder mot bakgrund av genomförda riskanalyser och systematiska egenkontroller av hyrläkarnas insatser?	Vi bedömer att åtgärder i begränsad utsträckning vidtas mot bakgrund av genomförda riskanalyser och systematiska egenkontroller av hyrläkarnas insatser.

Vad efterfrågar och erhåller Regionstyrelsen för information och rapportering gällande inhyrda läkare kopplat till patientsäker vård?

Vi bedömer att Regionstyrelsen inte har följt upp området över tid utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Däremot ser vi att Regionstyrelsen följt upp området inhyrda läkare avseende det ekonomiska perspektivet.

3.2. Revisionell bedömning

Vi noterar särskilt, vilket framgår av granskningens sista kontrollfråga, att Region Norrbotten i en Regionövergripande åtgärdsplan benämnd Oberoende av inhyrd personal skriver att "Ju fler som är involverade i vården, desto större risk för fel och misstag. I ett vårdförlopp där det ständigt kommer in ny vårdpersonal ökar risken för fel."

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att:

Regionstyrelsen till *övervägande del* säkerställt att den hälso- och sjukvård som länets medborgare erhåller av inhyrda läkare är ändamålsenlig.

Vidare är vår bedömning att den interna kontrollen i sammanhanget endast i *begränsad utsträckning* är tillräcklig.

3.3. Rekommendationer

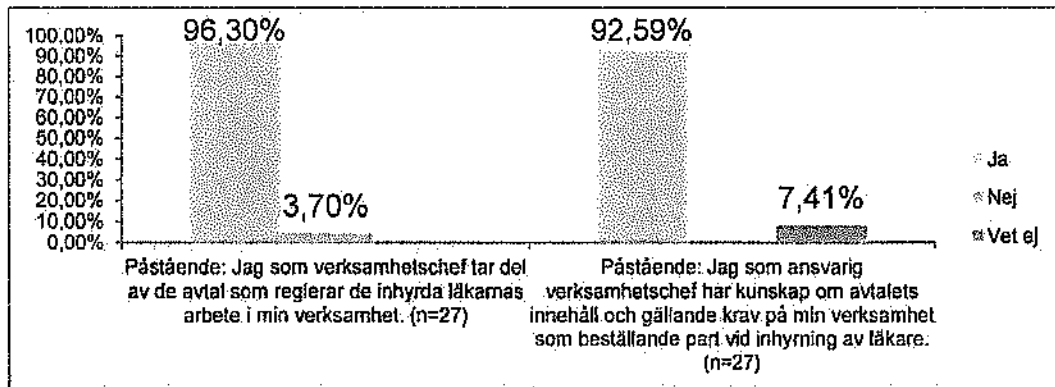
Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Att åtgärder vidtas som säkerställer att den introduktion som ges inhyrda läkare är likvärdig inom regionens verksamheter.
- Att åtgärder vidtas som säkerställer att riskanalyser genomförs avseende patientsäkerhetsrisker som kan uppkomma vid hög andel inhyrda läkare.
- Att åtgärder vidtas som säkerställer att egenkontroller systematiskt genomförs av hyrläkares insatser.
- Att regionstyrelsen framgent stärker sin egen uppföljning avseende patientsäkerhetsrisker vid förekomst av inhyrda läkare.

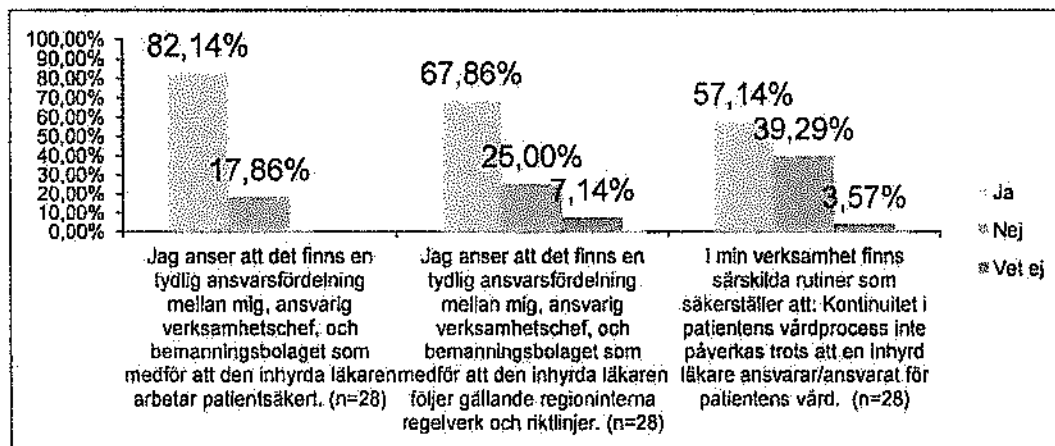
Bilaga 1

Resultat webbenkät

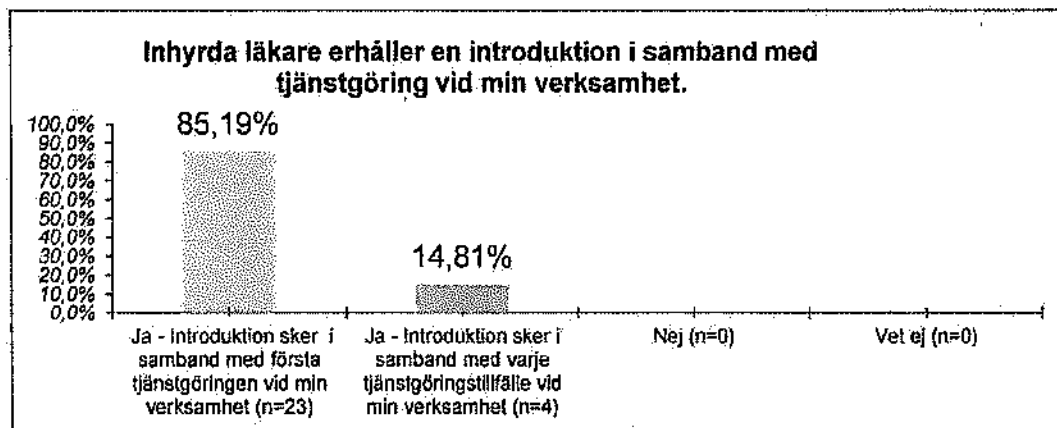
Figur 1.



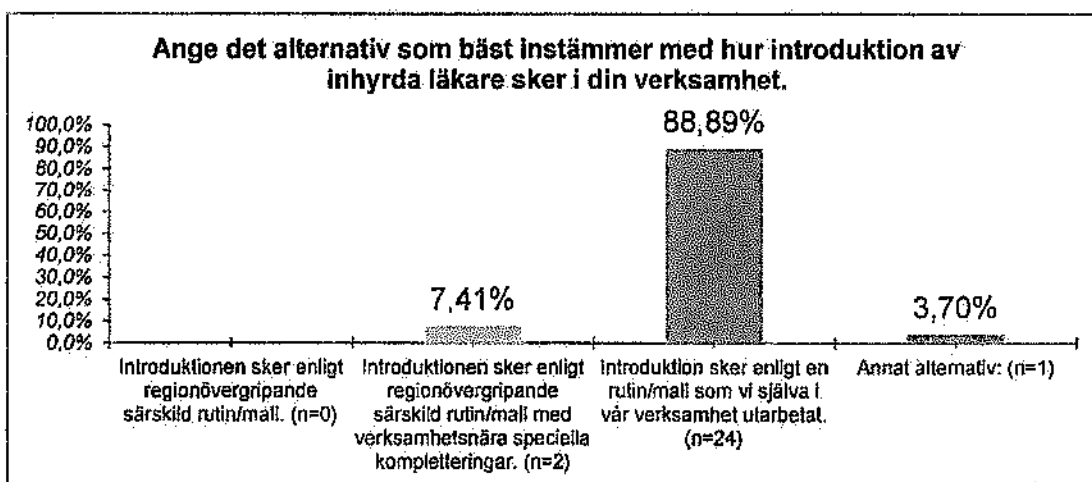
Figur 2.



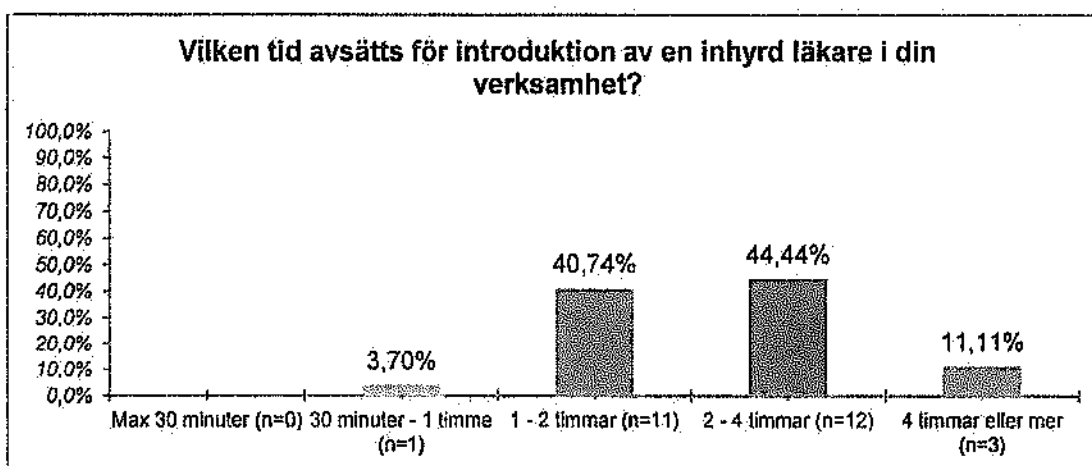
Figur 3.



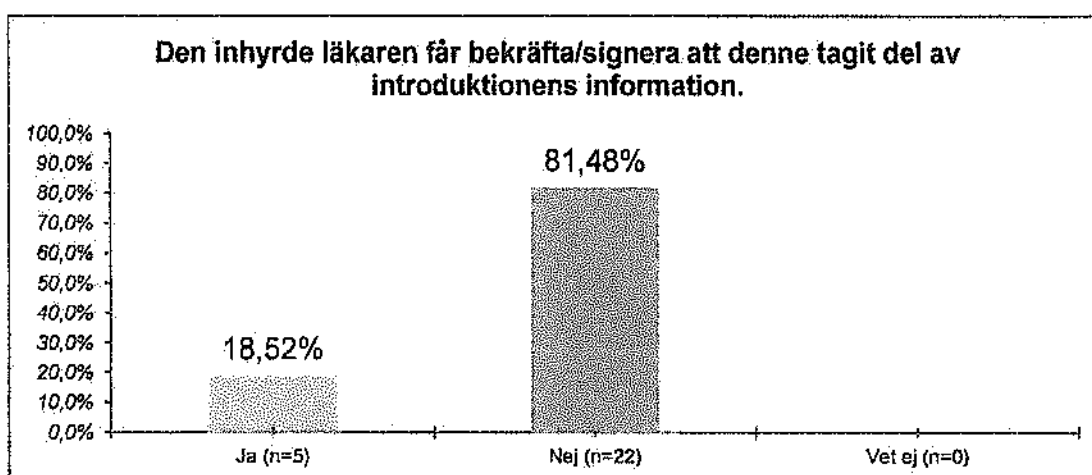
Figur 4.



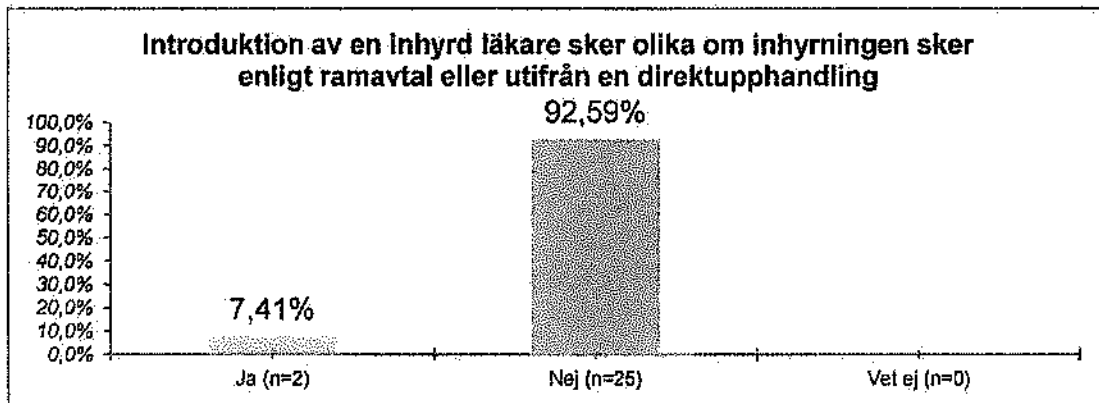
Figur 5.



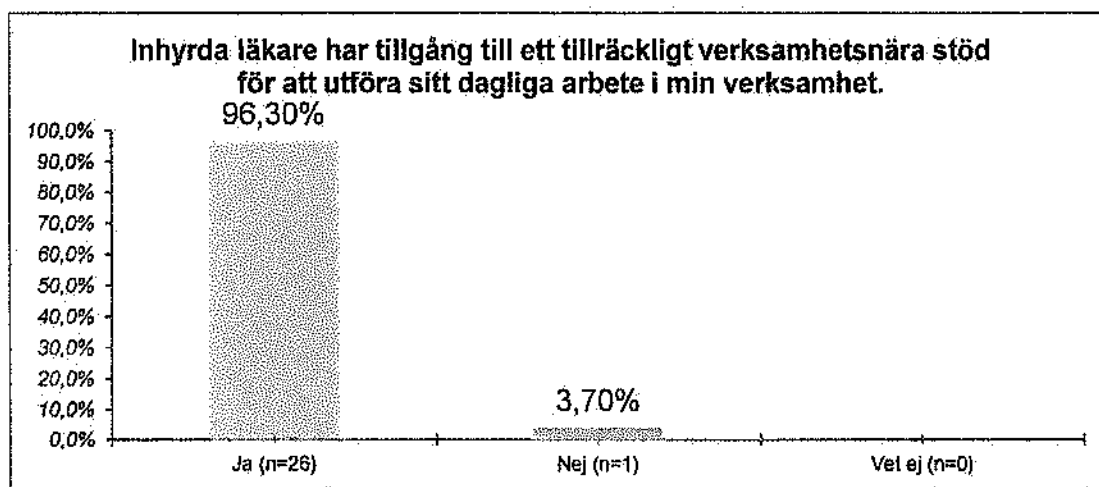
Figur 6.



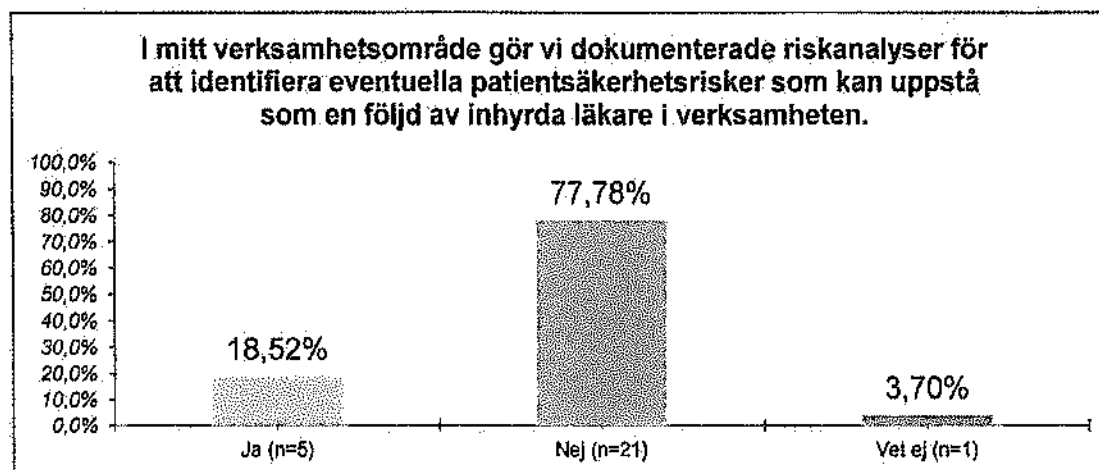
Figur 7.



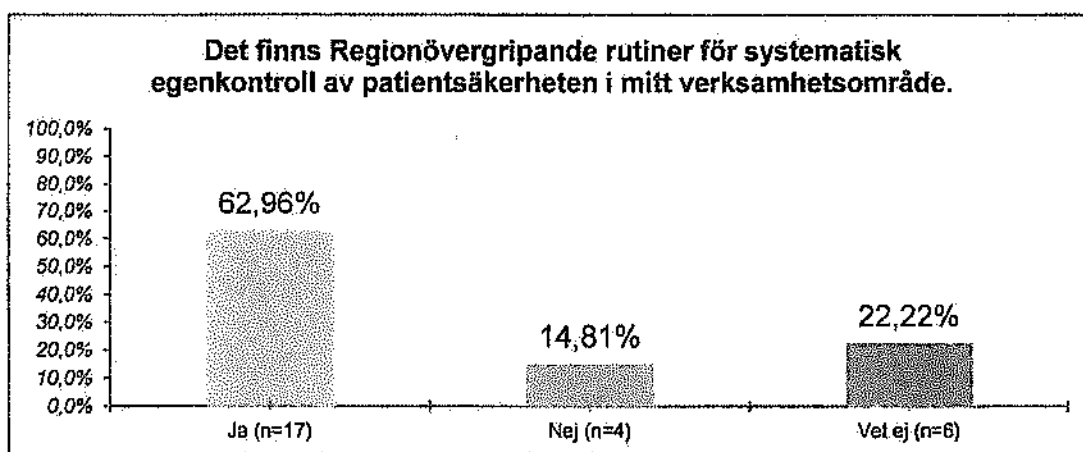
Figur 8.



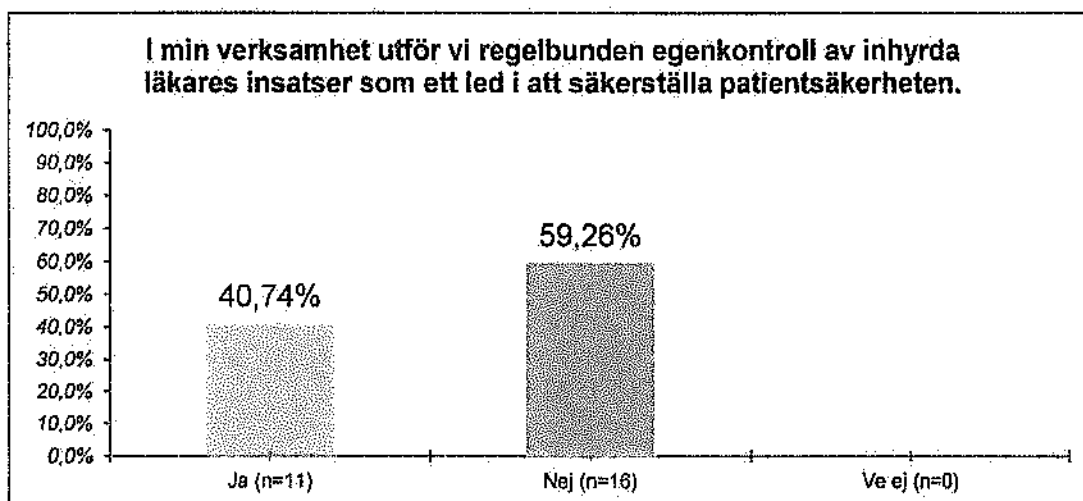
Figur 9.



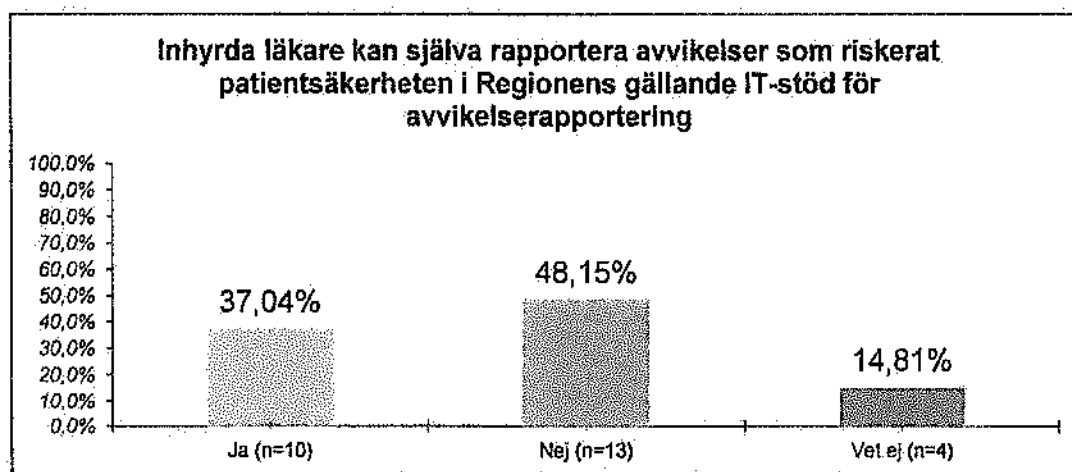
Figur 10.



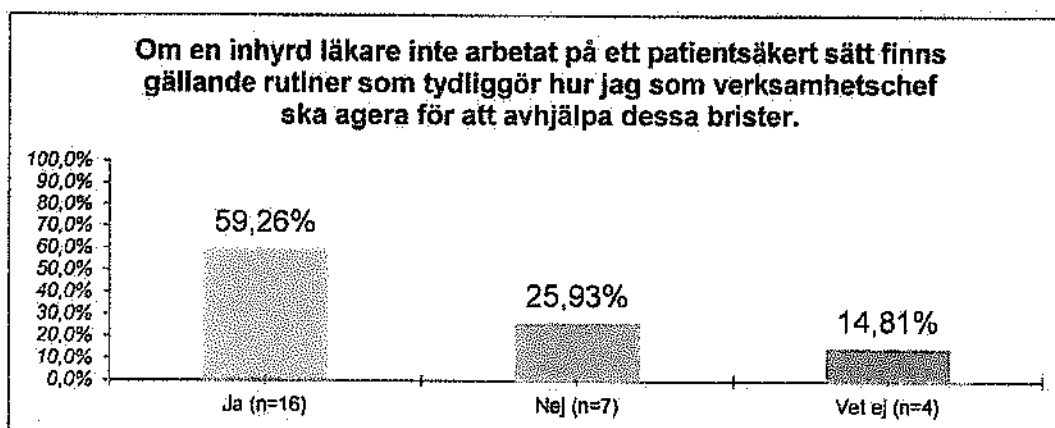
Figur 11.



Figur 12.



Figur 13.



Figur 14.

