

Endredi Konsultation AB

Ställer rätt frågor och

lämnar effektiva förslag

Granskning av kvalitetsstyrning i hälso- och sjukvården

Revisionsrapport

Region Dalarna



Endredi Konsultation AB

2025-09-29

Antal sidor 26

Antal bilagor 3

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och rekommendationer	1
1.1	Övergripande revisionell bedömning	2
1.2	Rekommendationer	2
2	Inledning/bakgrund	2
2.1	Övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor	3
2.2	Avgränsning	3
2.3	Projektorganisation/granskningsansvariga	3
2.4	Metod	3
2.5	Kort om systematiskt kvalitetsarbete och SOSFS 2011:9	3
3	Resultat av granskningen	4
3.1	Regionens ledningssystem	4
3.2	Regionens kunskapsstyrning	6
3.3	Hälso- och sjukvårdens kvalitetsstyrning och ledningssystem – hur är det tänkt?	7
3.4	Kvalitetsstyrning och ledningssystem i praktiken	12
4	Svar på övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor	22

Bilaga 1 Metod

Bilaga 2 Referensram

Bilaga 3 Verkställighetsbestämmelser,
patientsäkerhetsberättelse och rutin för riskhantering

1 Sammanfattning och rekommendationer

Denna granskning har haft som syfte att ge revisorerna underlag att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Det finns tydliga strukturella avtryck av hälso- och sjukvårdens ledningssystem genom den interna webbplats och struktur som finns på intranätet. Det saknas dock idag en bemanning för att operativt hålla samman arbetet på övergripande nivå inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen vilket innebär att vissa dokument vid granskningen inte är aktuella eller saknas. Den hittillsvarande organiseringen har också visat sig vara för personberoende. Dokumentation om Ledningssystemet på denna interna webbplats behöver kvalitetssäkras.

Region Dalarna har etablerat sig inom kunskapsstyrningen och arbetar systematiskt med mottagande och införande av olika kunskapsstöd. Uppföljningen av dessa är idag hänvisad till det som finns tillgängligt i nationella kvalitetsregister vilket ibland är tillräckligt men långt ifrån alltid med tanke på att registren i flera fall har bristande datakvalitet och täckningsgrad. Det finns även uppföljningsbehov för patientgrupper som inte omfattas av kvalitetsregister och Regionen behöver följa kvalitetsdata även i dessa fall. En komplett uppföljning av indikatorer i många nationella kunskapsstöd förutsätter att regioner kan fånga och hämta ut data ur sina egna system. Här behöver Regionens nya vårdinformationssystem bli ett stöd för att komma vidare.

I föreskriften om ledningssystem är processbegreppet centralt. På regionnivå har en Processhandbok tagits fram. Vår bedömning är att hälso- och sjukvården behöver komma längre med sin processorientering och att handboken kan vara ett stöd i detta.

På den interna webbplats som nämns ovan, finns en hel del beskrivningar och dokument. Vi påstår därför inte att det saknas beskrivning av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad eller att det saknas beskrivning av hur det systematiska kvalitetsarbetet är tänkt att drivas och fungera som en helhet. Däremot är det inte enkelt att få ett grepp om detta, vilket det borde vara. Det finns därför skäl att se över och klargöra hur detta är tänkt. I sammanhanget ska sägas att vi med stöd i föreskriften söker efter en bred kvalitetsstyrning, bredare än den som följer av arbetet med regionplan, verksamhetsplan och verksamhetsuppföljning, en som fångar vårdkvalitetens alla aspekter och hälso- och sjukvårdens samtliga kärnprocesser.

En systematik i arbetet finns för de olika säkerhetsområden varav flera är centrala i hälso- och sjukvårdens ledningssystem. För dessa finns rutiner och forum för regelbunden uppföljning, utvärdering och förbättring. Men motsvarande arbetssätt eller systematik finns inte för kvalitet i kärnprocesser. Kvalitetsledningen bedöms idag på övergripande nivå ske för delar av kvalitetsområdet och för delar av kärnprocesserna. Att denna situation föreligger har sin grund i dels att inte samtliga kärnprocesser har identifierats och att kvalitetsdata inte finns för alla delar. Detta förhållande är inte unikt för Region Dalarna. Problemet blir dock att det är svårt att basera gällande styrsignaler (t.ex. vilka sjukdomsgrupper som är fokusområden) på fakta. Om mer heltäckande data fanns skulle valet av sjukdomsgrupper eventuellt se annorlunda ut.

En intressant bild från intervjuer på verksamhetsnivå är att bara en av de fyra besökta arbetsgrupperna har en uttalad förväntan på sig att internt rapportera vidare information om hur bra vården är för "deras" patientgrupp (eller att den uppfyller krav/målnivå).

Intervjuerna belyser att patienters och anhörigas synpunkter på vården skulle kunna användas mer i kvalitetsarbetet. För att komma vidare behöver mätningar/enkäter mm. kunna brytas ner på den nivå som är relevant för de som arbetar med olika kärnprocesser/patientgrupper vilket inte är fallet idag för de flesta områden. När en sådan förändring görs träffar uppföljningsresultatet rätt - det handlar om "våra" patienter och det blir lättare att förstå vilka förändringar som är motiverade för de som arbetar närmast patienterna.

1.1 Övergripande revisionell bedömning

Den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Granskningen visar att nämnden bara delvis har säkerställt att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

1.2 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Stärk kunskapen om vad ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är
- Förtydliga beskrivningen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och beskrivningen av hur det systematiska kvalitetsarbetet är tänkt att drivas och fungera som en helhet
- Gör en kartläggning/inventering för att identifiera samtliga kärnprocesser
- Etablera en gemensam begreppsapparat och tydlig ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet och utifrån processer vilket bör inkludera ett forum för kvalitetsledning på förvaltningsnivå
- Stärk tillgången till och användningen av relevanta och kvalitetssäkrade kvalitetsdata på alla nivåer inom nämndens ansvarsområde
- Säkerställ det operativa sammanhållande arbetet av hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningssystem och kvalitetssäkra det som finns på "Intra"
- Begär en årlig rapport till nämnden som beskriver ledningssystemets status och utifrån detta vilken fortsatt utveckling som planeras

2 Inledning/bakgrund

Revisorerna i Region Dalarna har goda argument att granska kvalitetsstyrningen. I problembeskrivningen som utgjort en del i upphandlingsunderlaget, lyfter revisorerna fram vissa krav eller förutsättningar för ett ledningssystem. Revisorernas tidigare granskning

(2024) visar dessutom att det vid den tidpunkten saknades såväl ett övergripande ledningssystem för Regionen som ett ledningssystem i formell bemärkelse för kvalitetsledning inom hälso- och sjukvården.

Det finns inledningsvis anledning att konstatera att det (förutom krav/förutsättningar som ges med föreskriften SOSFS 2011:9) inte finns en färdig modell eller metod för hur en regions ledningssystem och kvalitetsstyrning ska vara utformade.

2.1 Övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor

Syftet och den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är att ge revisorerna underlag att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Samtliga revisionsfrågor finns i kapitel 4 tillsammans med svar på frågorna.

2.2 Avgränsning

Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar granskas.

2.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts av Andreas Endrédi, projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Cajsa Dalne, legitimerad läkare och ekonom samt nationellt meriterad expert på kunskapsstyrning, kvalitetsstyrning och patientsäkerhet. Rapporten har kvalitetsgranskats av Anders Haglund, certifierad revisor.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

2.4 Metod

En beskrivning över använd metod inklusive referensram/revisionskriterier återges i bilaga 1 och 2.

2.5 Kort om systematiskt kvalitetsarbete och SOSFS 2011:9

Ett ledningssystem har uppgiften att säkra arbetet mot att uppnå verksamhetens samlade uppdrag och mål genom att sammanställa data och annan information från olika källor. Härigenom kan beslutsfattare på olika nivåer få en övergripande och korrekt bild av situationen och utifrån detta fatta välgrundade och faktabaserade beslut om åtgärder, prioriteringar och förbättringar.

Föreskriften innehåller vissa krav, till exempel att:

- Det ska klargöras hur ansvaret för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelat inom verksamheten.
- Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som krävs för att upprätthålla och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Det behöver dock klargöras att det finns ett betydande tolkningsutrymme kring mycket av det som är krav i föreskriften. Bland regioner i Sverige finns inte heller en enhetlighet i hur detta tolkas i praktiken – det finns många sätt att utforma ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

En utgångspunkt som ligger till grund för bedömningar i denna granskning är i viss mån en tolkningsfråga. Vi har valt att utgå ifrån att ambitionen med ett kvalitetsledningssystem är att kunna styra och leda hälso- och sjukvården i sin helhet och utifrån dess minsta beståndsdelar – kärnprocesser. Hälso- och sjukvård styrs alltid genom politiska beslut och det är en självklarhet att dessa ska få genomslag i ledningssystemet. Denna styrning träffar dock vanligtvis inte all verksamhet och det är i ljuset av detta som ledningssystemet för kvalitet har en bredare uppgift än den ordinarie styr- och ledningsprocessen. Sett ur en enskild verksamhets perspektiv, behöver förstalinje- och verksamhetschef ha en komplett styrning och uppföljning av hela sin verksamhet och alla relevanta kärnprocesser (patientgrupper¹). Styrningen på denna nivå behöver vara heltäckande och kontinuerligt pågående även om bara delar av verksamheten påverkas av de politiska mål som gäller. Med en sådan heltäckande syn på kvalitetssystemet kan (när den har realiserats) verksamheter snabbt svara på frågan hur god kvalitet har verksamheten ur patientens perspektiv.

Följande kvalitetsdimensioner för hälso- och sjukvård används vanligen idag i Sverige: kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, effektiv och tillgänglig vård.

3 Resultat av granskningen

4 Regionens ledningssystem

Vid intervju med verksamhetsstrateg för ledningssystemet på regionnivå framkommer att arbetet befinner sig i en utvecklingsfas. En övergripande plan för det fortsatta arbetet tas just nu fram som förslag till beslut. En del av planen är att erbjuda verksamheterna ett digitalt verktyg för att visualisera och tydliggöra sina processer. Verksamhetsstrategen har relativt nyligen tagit över ansvaret, och genomför nu en översyn av tidigare dokument för att säkerställa att de är relevanta och fullständiga.

Ledningssystemets dokumentation på regionnivå är tillgänglig via intranätsplattformen "Inblick", där ett stort antal styrande och stödande dokument finns samlade.

Det finns en övergripande processkarta där regionens lednings-, kärn- och stödprocesser anges. För hälso- och sjukvård kallas kärnprocessen "Tillgodose patientens behov".

Exempel på andra övergripande dokument på regionnivå är:

- Kvalitetspolicy
- Underlag för ledningens genomgång²
- Rutin för riskhantering

¹ Värt att notera är att begreppet kärnprocesser inte kändes igen av hälso- och sjukvårdsledningen i planeringsfasen av denna granskning varvid begreppet patientgrupper användes även om det inte är helt synonymt med kärnprocess.

² Ledningens genomgång är ett mötesforum. Syftet är att ge ledningen en samlad bild av hur verksamheten presterar i förhållande till fastställda mål, vilka förbättringsbehov som finns samt hur ledningssystemet kan utvecklas.

- Processhandbok – där principer kring processorientering beskrivs samt mer handfasta beskrivningar finns kring processorientering och hur ansvar för processer bör fördelas.

Vid dokumentrekvirering har ett utkast till dokumentet "Kvalitetsmanual för Region Dalarnas ledningssystem" erhållits. Dokumentet beskriver centrala delar i ett ledningssystem. I dokumentet konstateras att området 'Egenkontroll' i nuläget främst omfattar olika typer av säkerhetsområden. Det framgår också att egenkontroller behöver tillföras inom följande områden:

- Uppföljning av vårdkvalitet och patientupplevelse
- Efterlevnad av riktlinjer inom vårdprocesser
- Effektivitet och måluppfyllelse i administrativa och stödjande funktioner
- Systematisk uppföljning av förbättringsarbeten

I en gällande rutin på intranätet finns instruktioner om att varje förvaltning årligen ska genomföra och rapportera att ledningens genomgång inom olika säkerhetsområden har genomförts. Områdena där hälso- och sjukvårdsförvaltningen gjort det för år 2024 är: Arbetsmiljö, Miljö, Brandsäkerhet, Informationssäkerhet, Katastrof och beredskap, Strålsäkerhet, Medicintekniska utrustningar och Patientsäkerhet. Rapporten om patientsäkerhet innehåller även uppgifter om vårdhygien och läkemedelshantering. Förvaltningar ska rapportera att detta genomförts till samordnare för ledningssystem på regionnivå.

Region Dalarna använder den bredare funktionalitet som finns i avvikelshanteringssystemet Synergi för att hantera bland annat avvikelser och egenkontroller. Stödet möjliggör spårbarhet, transparens och systematik i denna del av kvalitetsarbetet samt ger förutsättningar för lärande och analys på både lokal och övergripande nivå.

Det beskrivs att medarbetare uppmuntras att identifiera förbättringsmöjligheter, bidra med idéer och delta i förändringsarbetet vilket bygger på ett datadrivet och evidensbaserat tillvägagångssätt, där beslut fattas utifrån fakta och analyser.

4.1.1 Kommentarer

Det pågår arbete för att se över relevans och aktualitet för befintlig dokumentation i regionens ledningssystem. Ett viktigt dokument som ännu bara finns som utkast kallas: "Kvalitetsmanual för Region Dalarnas ledningssystem". Här framkommer indikationer på att det systematiska kvalitetsarbetet har kommit längre inom olika säkerhetsområden än avseende kvalitet och värdeskapande i hälso- och sjukvårdens kärnprocesser. Dessa är enligt dokumentutkastet inte föremål för en systematisk genomgång enligt ledningens genomgång. För de olika säkerhetsområdena finns tydliga riktlinjer, processer, ansvarsfördelning och krav på uppföljning.

Det framgår att flera delar i ledningssystemet på regionnivå adresserar krav i SOSFS 2011:9, exempelvis genom att tillhandahålla en Processhandbok, att det finns styrande principer och inbyggda rutiner för uppföljning. Det framkommer också att vissa delar – särskilt vad gäller egenkontroll av vårdkvalitet – är under utveckling.

5 Regionens kunskapsstyrning

En process för införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (i det följande benämnda "vårdförlopp") är framtagen av Avdelningen för kunskapsstyrning. Ett av vårdförloppen anses vara helt implementerat och har precis genomgått en uppdaterad gapanalys³. För tio vårdförlopp pågår implementering medan fyra vårdförlopp och en generisk modell befinner sig i besluts-/prioriteringsfasen eller tidigare i processen. Noterbart är att vid intervju med företrädare för den regionala kunskapsstyrningen i Region Dalarna, framkom att det saknas en entydig definition av vad implementering av ett vårdförlopp innebär. I en enkät som genomfördes av den nationella stödfunktionen inom kunskapsstyrningen år 2024, framkom att gapanalyser hade genomförts i en något högre grad i Region Dalarna än rikssnittet medan antalet vårdförlopp där man påbörjat uppföljningsarbete var lägre än rikssnitt. Där noterade man även att Regionen i låg grad använde egna datakällor för uppföljning.

Brist på utvecklingsresurser lyfts som det enskilt största hindret för att fler vårdförlopp ska implementeras. Detta framförs av flera intervjuade inom hälso- och sjukvårdsledningen. Många vårdförlopp anses innebära ambitionshöjningar och där avsaknaden av en tydlig horisontell prioritering från nationellt håll medför att en sådan behöver genomföras på regional nivå. Detta lyfts särskilt för primärvården som berörs av flest antal vårdförlopp.

Vid intervju med företrädare för kunskapsstyrningens nationella stödfunktion liksom med andra i denna granskning, framkommer att Region Dalarna är rimligt representerade i det nationella arbetet genom deltagande i Nationella programområden (NPO), Nationella arbetsgrupper (NAG) och Nationella samordningsgrupper (NSG). Region Dalarna har även delat med sig av sina erfarenheter av införandearbetet vid s.k. lärandeseminarier.

Region Dalarnas organisation inom kunskapsstyrningen följer det nationella systemet med RPO (Regionala programområden) och LPO (Lokala programområden). I de fall LPO saknas är RPO sakkunniga och bär det lokala ansvaret. LAG (lokala arbetsgrupper), bildas där det finns vårdförlopp och för att genomföra förbättringsarbeten och förbättra efterlevnaden av olika kunskapsstöd.

Uppföljning av implementerade vårdförlopp beskrivs av representanter för regionens kunskapsstyrning som svår då en rejäl organisation krävs till vilken resurser saknas. Man förlitar sig idag till stor del på data från kvalitetsregister och har ingen egen uppföljningskapacitet. I och med införandet av Cosmic finns förhoppning på att egen uppföljning ska komma på plats. De intervjuade menar att ansvar för uppföljning ligger på lokal nivå. De lyfter också att ledningen borde efterfråga uppföljningsresultat i högre grad med syfte att skapa tryck på verksamheterna.

Överlag anses kunskapsstyrningen av flera intervjuade vara positiv för regionen. Den lyfts som en möjlighet att få ökad systematik i vårdprocesser, enad uppföljning och en gemensam bild av bästa kunskap och arbetssätt istället för att varje region ska ta fram det själv.

³ En metod för att kartlägga avvikelser mot en riktlinje, t.ex. ett vårdförlopp.

3.2.1 Kommentarer

Sammantaget kan det konstateras att Region Dalarna har en organisation för regional och lokal kunskapsstyrning som utgår från den nationella strukturen. Regionen är rimligt representerade nationellt och deltar i sjukvårdsregionalt arbete. En process är framtagen för implementering av kunskapsstöd. Gapanalyser har genomförts för många vårdförlopp och flertalet vårdförlopp bedöms vara under implementering.

Resursbrist i förhållande till de höga ambitionerna som vårdförloppen ger uttryck för lyfts som den största utmaningen. Flertalet intervjuade på ledningsnivå menar att kunskapsstyrningen är en central del i Region Dalarnas kvalitetsledning och man förlitar sig i hög grad till de prioriteringar som görs nationellt.

3.3 Hälso- och sjukvårdens kvalitetsstyrning och ledningssystem – hur är det tänkt?

3.3.1 Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har på den del av regionens intranät som kallas "Intra" en rubrik kallad Ledningssystem. Där kommer följande huvudmeny upp:

Hälso- och sjukvårdens Ledningssystem

Verksamhet som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ett ledningssystem finns på regionövergripande och förvaltnings nivå samt verksamhetsnära.

Med gemensamma dokument som beskriver arbetssätt, ansvar och roller kan kvaliteten i arbetet säkras. Genom Hälso- och sjukvårdens gemensamma dokumentstruktur tillgängliggörs det ända ut till verksamheterna.

Dokumentstrukturen utgörs av sex stycken rubriceringar varunder dokument och information sorteras.

Ledning och Styrning
Beskriver Hälso- och sjukvårdens ledningsprocess.

Patient
Beskriver Vårdprocessen.

Kunskap och Kompetens
Beskriver bland annat hur vi arbetar med kunskapsstyrning, forskning och utveckling, rekrytering samt studerande.

Hälsa, Miljö och Säkerhet
Beskriver hur vi säkerställer en trygg och säker verksamhet

Ekonomi
Beskriver vilka ekonomiska resurser vi har och hur vi ska hantera dem på ett ansvarsfullt sätt.

Information och Kommunikation
Innehåller information från ledning, chefer, medarbetare samt för patient

En process tillhör antingen **ledningsprocesser**, **kärnprocesser** eller **stödprocesser**.

Processerna innehåller sex kugghjul med rubriker "hjul" illustrerar sammanhanget mellan processerna samt symboliserar ett ständigt pågående arbete. I mitten av varje "hjul" (på regionövergripande nivå) är en vision, det vill säga den framtida idealbilden att sträva mot. Varje "hjul" består i sin tur av underrubriker varunder dokument samt information sorteras in. Det skapas en struktur med en konsekvent indelning och förenklar arbetet med att skapa, hantera och hitta dokument samt information på INTRA.

Relaterade länkar

- RD Dokument i regionens ledningssystem
- RD Ledningssystem
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen
- RD Modell för informations- och dokumentstruktur - Ledningssystem
- RD Processer - Administrativ rutin
- RD Processkarta ledningssystem
- RD Verksamhetsbeslut Dokumenthanteringsmodell

På sidan beskrivs förvaltningens ledningsprocess, kärnprocess och stödprocesser.

Det går att klicka sig vidare i de sex namngivna processerna som illustreras med kugghjul ovan. På nästa nivå framgår under Ledning och styrning att det finns beskrivningar av Organisation och ansvar samt följande processteg i Ledningsprocessen: Planera, Mål och beslut, Uppföljning och utvärdering och slutligen Rapportera-Agera-Åtgärda.

Om man klickar på kärnprocessen Patient, visas en övergripande generisk vårdprocess. Ett av processtegen är behandlingsresultat och här finns en beskrivning om vad nationella kvalitetsregister respektive nationell patientenkät är och hur dessa kan användas vid uppföljning av behandlingsresultat för olika patientgrupper.

Att gå in på stödprocessen "Organisation och ansvar" ger ytterligare underliggande stödprocesser. Här finns t.ex. delegeringsbestämmelser, policyer, processkarta och styrmodell. För de tre sistnämnda saknas vidare dokument och ett felmeddelande kommer

upp när man klickar sig vidare. Här menar de intervjuade från Ledningsstöd och strategi Hälso och sjukvård att dokumenten saknas på grund av att deras giltighetstid passerat och att man ligger efter med att uppdatera ledningssystemet. Den dedikerade resurs som tidigare arbetat med detta är inte kvar och har inte fått någon ersättare.

Strukturen i övrigt följer den organisatoriska indelningen i divisioner och verksamheter. Det finns även möjlighet att skapa s.k. arbetsrum för organisatoriska enheter eller för t.ex. en patientgrupp. Genom en "dykning" i strukturen framgår att det på verksamhetsnivå finns en stor mängd rutiner och andra dokument som stöd för arbetet. Samtidigt framkommer också att det finns andra lagringsytor för olika stöddokument i hälso- och sjukvården än Intra.

Som framgår i högermarginalen på bilden ovan, finns länkar till dokument i Regionens ledningssystem.

En lagkravslista finns upprättad och är daterad juli 2024. Den innehåller en stor mängd lagar, förordningar och föreskrifter som gäller för hälso- och sjukvården. Dokumentet inleds med en kommentar om att det kan behöva kvalitetssäkras. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 finns med i sammanställningen. Vid intervju inom Ledningsstöd och strategi Hälso och sjukvård framkommer att det finns rutiner men inte processbeskrivningar för att säkerställa att lagkrav uppfylls.

Patientsäkerhetsberättelser upprättas årligen. Kvalitetsberättelse upprättades i rapportform senast år 2022. Därefter har nyckeltal i stor mängd tillhandahållits på intranätet via analysavdelningen vid Regionstyrelsens förvaltning. En stor del av dessa avser kvalitetsmått.

Vi har efterfrågat men inte erhållit något principbeslut om processorientering i Region Dalarna. Samtidigt finns i regionens ledningssystem en s.k. Processhandbok som förutsätter processorientering.

Som beskrivits ovan finns en övergripande processkarta både på regionnivå och på övergripande nivå för hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Däremot kommer inget upp när man inne i sjukvårdens ledningssystem klickar vidare på "Processkarta". Det finns enligt våra intervjuer inte någon sammanställning av sjukvårdens samtliga kärnprocesser / patientgrupper.

Det finns stöd- och styrdokument för arbetet med olika patientgrupper i många fall, detta framgår av granskning av kvalitetsarbetet för fyra patientgrupper längre fram i denna rapport. Ingen av de intervjuade har kunnat svara på hur stor del av patientgrupperna / kärnprocesserna som har ändamålsenliga stöd- och styrdokument.

En generell ambitionsnivå har relativt nyligen blivit gällande angående kvalitetskrav. Vid nationell jämförelse är ambitionen att Regionens verksamheter ska ha ett bättre utfall än rikssnitt. Tidigare (från 2022) fanns en skrivning om att vara topp fem nationellt i verksamhetsplan för 2023 då även kvalitet lyftes in som särskilt område i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan och övergripande uppföljning.

3.3.2 Ansvar och befogenheter kopplat till kvalitet och kvalitetsstyrning

Enligt kvalitetspolicyn ska chefer ha tydligt definierade roller och ansvar.

Av hälso- och sjukvårdens verkställighetsbestämmelser framgår vilka ansvarsområden som ligger på divisionschefer, verksamhetschefer och första linjens chefer. Ett längre utdrag av detta och även vilka mer detaljerade ansvar som finns avseende patientsäkerhet och riskhantering återfinns i bilaga 3.

Beskrivningen i bilaga 3 ger vid handen att ett brett ansvar ges till chefer i linjeorganisationen för styrning och uppföljning av verksamheten och dess kvalitet. Det framgår att chefer har ansvar att se till att riskanalyser och egenkontroller genomförs och ansvarar för att rapportera om verksamheten inte uppfyller ställda krav.

Någon tydlig ansvarsfördelning kopplad till processer har inte påträffats. I regionens ledningssystem finns dock en processhandbok som beskriver roller som processägare och processledare. Den begreppsapparat som används i handboken återfinns dock inte i de dokument som reglerar ansvar inom hälso- och sjukvårdens linjeorganisation. Vi har heller inte sett några tydliga uttryck för ett processorienterat arbetssätt.

3.3.3 Hälso- och sjukvårdsnämndens arbete med att säkerställa att verksamheten lever upp till SOSFS 2011:9

Ordförande och 1:e vice ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) menar att nämnden följer upp hur man förhåller sig till föreskrifter. Under perioden januari 2022 t.o.m. augusti 2025 har inga beslut fattats i HSN som rubrikmässigt har koppling till åtgärder för att säkerställa efterlevnad av SOSFS 2011:9. De intervjuade från nämnden uttrycker att nämndens roll i detta utövas via den ordinarie mål- och budget- och verksamhetsplaneprocessen. Därigenom är ledningssystemet integrerat i nämndens arbete och finns med vid varje möte.

Genom en analys i tjänstemannaorganisationen har områden identifierats där förbättringar är motiverade. I årets verksamhetsplan men också med koppling till tidigare utredning om Framtidens hälso- och sjukvård, har följande sjukdomsgrupper pekats ut som fokusområden vilka fastställts av HSN och som även gäller i 2025 års verksamhetsplan:

- Diabetes mellitus
- Rörelseorganens sjukdomar
- Cancer
- Hjärtkärl-sjukdomar
- Psykiska sjukdomar
- Mag- och tarmsjukdomar
- Ögonsjukdomar
- Förlossning och kvinnosjukdomar
- Neurologiska sjukdomar

För sjukdomsgrupperna finns den generella ambitionsnivån att öka andelen kvalitetsindikatorer vilka har ett utfall bättre än rikssnittet. För uppföljning används primärt nationella kvalitetsregister. Som nämnts ovan har sedan år 2023 kvalitet lyfts in som ett särskilt område i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan och övergripande uppföljning.

3.3.4 Övergripande rutiner, riktlinjer och andra stödjande strukturer

Rutiner för att identifiera, hantera och dokumentera avvikelser och förbättringsområden för olika säkerhetsområden finns beskrivna.

Genom dokumentation och intervjuer framkommer en tydlighet och stabilitet i Regionens arbete med avvikelser, uppföljningar/egen kontroll och åtgärder/förbättringar inom samtliga säkerhetsområden. I detta ryms flera områden med särskild relevans för hälso- och sjukvårdens ledningssystem, t.ex. patientsäkerhet och medicintekniska utrustningar. I Regionens avvikelse- och riskhanteringssystem Synergi, rapporteras avvikelser, risker, förbättringsförslag och synpunkter och klagomål. Vissa enheter använder det för sin interna ledning och styrning samt för internrevisioner. Synergi har under 2025 anpassats för alla egenkontroller. Synergi har ett starkt statistikstöd och används frekvent för uppföljning/statistik.

Rutiner för arbetet med avvikelser finns dokumenterat på intranätet. Övergripande ledning i arbetet ges av bl.a. avdelningschef patientsäkerhet och avdelningschef smittskydd och vårdhygien samt av chefläkare. Lokalt finns även patientsäkerhetsombud och synergihandläggare. Samordnare finns för alla säkerhetsområden.

Enhetschefer eller verksamhetsutvecklare tar upp avvikelser och behov av förbättring till dialog t.ex. vid arbetsplatsträffar. Återkoppling till verksamheter görs av enhetschef eller verksamhetsutvecklare. För detta finns stöd i avvikelssystemet Synergi.

En rutin för riskhantering finns som beskriver hur processen för riskanalys och riskhantering ska gå till i verksamheten. Hur upptäckta risker ska hanteras ingår som en del av rutinen. Intervjuer ger vid handen att det är ovanligt att riskanalyser sker där man samlat ser den egna verksamheten i ett riskperspektiv – vad kan gå fel och hur kan vi förebygga det. Däremot förefaller riskanalyser göras i samband med verksamhetsförändringar eller tillfälliga neddragningar.

Egenkontroll sker övergripande genom ledningens genomgång inom de olika säkerhetsområdena där Synergi numera ger stöd för genomförandet. Vid besökta enheter sker vissa egenkontroller men systematiken kan öka. Att identifierade avvikelser vid behov leder till konkreta förbättringar ska säkerställas bl.a. genom att den årliga rapport som ska lämnas från varje förvaltning (per säkerhetsområde) ska innehålla en åtgärdsplan vilken ska följas upp i nästa rapport. Granskningen av årets rapporter (år 2024) visar att rapporterna har lämnats men att uppföljningen av tidigare åtgärdsplaner inte sker helt systematiskt.

Det har inte framkommit att datadriven analys eller digitala verktyg används för att identifiera risker eller mönster i avvikelser. Genom manuellt arbete går det att ta reda på hur ofta liknande avvikelser inträffar. Avdelningen för patientsäkerhet bevakar avvikelser för att identifiera mönster som är svåra att upptäcka längre ut i verksamheten.

3.3.5. Ledningens genomgång (motsvarande)

Uppföljning av verksamhetsmässigt utfall sker inom ramen för ordinarie verksamhetsrapportering, vid presentation av kvalitetsbokslut, när analysenheten redovisar indikatorresultat från nationella kvalitetsregister, samt vid införande av nya kunskapsstöd.

Från den senaste sammanställda rapporten kallad kvalitetsbokslut (år 2022) finns följande iakttagelser. Dokumentet förefaller inte vara en slutversion. Det innehåller kvalitetsindikatorer för alla vårdområden utom primärvården. Antalet indikatorer har

reducerats från drygt 300 året innan till drygt 100 men det framgår inte varför eller hur detta har gått till. Slutligen finns en sida där huvudsakliga förbättringsområden presenteras men det framgår inte hur denna har tagits fram eller hur den ska följas upp.

Besökta verksamheter saknar i flera fall tillgång till egna data och gör således inte heller egna mätningar. En rapport med ca. 1000 kvalitetsindikatorer tas fram av Regionstyrelsens analysenhet. I flera fall har detta medfört krav från ledningen på att verksamheter vidtar åtgärder.

En del av uppföljningen och även uppföljningskapaciteten vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen avser produktion och tillgänglighet. Inom detta område finns utvecklade systemstöd för uppföljning, analys och visualisering.

Vi har efterfrågat men inte fått någon dokumentation som passar in på att vara ledningens genomgång av hälso- och sjukvårdens kvalitet i kärnprocesser. Däremot finns en årlig rutin för att genomföra ledningens genomgång inom olika säkerhetsområden varav flera avser andra väsentliga delar av hälso- och sjukvårdens ledningssystem (se 3.3.4 ovan). Rapporter visar att denna slags egenkontroll och ledningens genomgång också genomförs.

3.3.6 Kommentarer

Grundläggande uppbyggnad

På Intra finns under rubriken Ledningssystem en intern webbplats som innehåller en dokumentstruktur för hälso- och sjukvårdens ledningssystem. Det finns ingen sammanhållen explicit beskrivning (dokument) som klargör ledningssystemets grundläggande uppbyggnad men totalt sett framgår det som kan anses krävas. Troligen skulle förståelsen för vad ett ledningssystem är och hur det är tänkt att fungera kunna öka genom en sådan sammanhållen beskrivning.

Patientsäkerhetsberättelser upprättas i enlighet med kraven. Kvalitetsberättelse upprättades i rapportform senast år 2022. Därefter har nyckeltal i stor mängd tillhandahållits via analysenheten vid regionstyrelsens förvaltning.

Ansvar och befogenheter

Dokumentet Verktäligghetsbestämmelser beskriver ett brett och stort ansvar för chefer på olika nivåer för verksamhet och kvalitet. Däremot finns inga explicita skrivelser om vilket eller hur ansvar fördelas för det systematiska kvalitetsarbetet, t.ex. vilka ansvar som ligger i roller som processägare och processledare. Det är oklart vilken roll det centralt framtagna dokumentet Processhandbok i praktiken har inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Hälso- och sjukvårdsnämndens åtgärder

De intervjuade från nämnden menar att deras åtgärder för att se till att kravet på ledningssystem uppfylls utförs genom den uppföljning som sker i nämnden enligt den ordinarie budget- och uppföljningsprocessen. Inga explicita beslut har fattats i nämnden sedan år 2022 som kan kopplas till att utveckla eller utvärdera ledningssystemet.

Övergripande rutiner

Rutiner för att identifiera, hantera och dokumentera avvikelser och förbättringsområden för flera säkerhetsområden finns beskrivna på intranätet. Avvikelsehanteringssystemet Synergi har med åren fått utökad funktionalitet och ger stöd i det praktiska arbetet. Enhetschefer

eller verksamhetsutvecklare tar upp avvikelser och behov av förbättring till dialog t.ex. vid arbetsplatsträffar. Återkoppling till verksamheter görs av enhetschef eller verksamhetsutvecklare.

En rutin för riskhantering finns som beskriver hur processen för riskanalys och riskhantering ska gå till i verksamheten. Intervjuer ger vid handen att det är ovanligt att riskanalyser sker där man mer samlat ser den egna verksamheten i ett riskperspektiv. Däremot förefaller riskanalyser göras i samband med verksamhetsförändringar och tillfälliga neddragningar.

Egenkontroll sker övergripande genom ledningens genomgång inom de olika säkerhetsområdena. Vid besökta enheter sker vissa egenkontroller men systematiken i detta kan öka. Att identifierade avvikelser vid behov leder till konkreta förbättringar ska säkerställas bl.a. genom att de årliga rapporterna ska innehålla en åtgärdsplan.

Det har inte framkommit att datadriven analys eller digitala verktyg används för att identifiera risker eller mönster i avvikelser utan det sker huvudsakligen manuellt.

3.4 Kvalitetsstyrning och ledningssystem i praktiken

3.4.1 Förvaltningsnivå

Som beskrivits ovan finns ett forum kallat ledningens genomgång. För hälso- och sjukvården innebär detta att sjukvårdens ledningsgrupp en gång årligen genomför en systematisk uppföljning och analys enligt särskild rutin för åtta olika säkerhetsområden. Flera av dessa är naturliga delar av hälso- och sjukvårdens kvalitetsledning. Integrerat i den del som handlar om patientsäkerhet ingår även delar om vårdhygien och läkemedel.

Under mötet diskuteras och fastställs en åtgärdsplan för respektive säkerhetsområde. Rutinen kring detta innebär också att förvaltningen ska lämna vidare en rapport per säkerhetsområde till verksamhetsstrategen för ledningssystem vid regionstyrelsens förvaltning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har lämnat dessa rapporter för år 2024 enligt gällande rutin. Kraven innebär att varje rapport (en per säkerhetsområde per förvaltning) ska inledas med en uppföljning av föregående års åtgärder. Här kan dock systematiken förbättras, en komplett uppföljning av föregående års åtgärder saknas i flera av hälso- och sjukvårdens rapporter.

Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger vid intervjun att kunskapsstyrningen levererar uppföljning för jämförelser nationellt främst från nationella kvalitetsregister.

Uppföljning sker också i den ordinarie styr- och ledningsprocessen med regionplan och verksamhetsplan vilken regelbundet följs upp. Här finns åtta utpekade sjukdomsgrupper vilka är fokusområden och där ambitionen är att Region Dalarnas verksamheter ska ha ett kvalitetsutfall som är bättre än rikssnitt. Områdena har valts ut då de anses ha hyggliga möjligheter till kvalitetsuppföljning och nationell jämförelse via främst kvalitetsregister. Kvalitetsområdet tillgänglighet har en tydlig roll i denna styrning och uppföljning.

Det framkommer att kvalitetsbokslut tidigare har tagits fram. Den senaste rapporten är från år 2022. Därefter finns sammanställningar och jämförelser av indikatorer som tas fram av analytiker vid regionstyrelsens analysavdelning. Uppgifterna tillgängliggörs via intranätet. Fråga har riktats till hälso- och sjukvårdsförvaltningen om man önskar få denna typ av data och man har svarat ja på frågan. För år 2025 finns drygt 1000 indikatorer med utfall. Det har inte framkommit att eller hur detta leder till aktiva styråtgärder inom hälso- och

sjukvårdsledningen men planeringschefen och nämndens företrädare menar att denna typ av uppföljningar föranlett krav på förbättringar. Hälso- och sjukvårdsdirektören menar att syftet med denna typ av uppföljning är att följa upp verksamheten på kvalitet.

Kvaliteten i hälso- och sjukvårdens kärnprocesser/patientgrupper styrs och följs upp genom kunskapsstyrningssystemet, genom den ordinarie styr och uppföljningsprocessen och via de särskilda rutiner som finns för de åtta säkerhetsområdena enligt ovan.

Kommentarer

Kvaliteten i hälso- och sjukvårdens kärnprocesser/patientgrupper styrs och följs upp på flera sätt och i flera forum. Det sker bl.a. via kunskapsstyrningssystemet, genom den ordinarie styr och uppföljningsprocessen, via indikatorer som tas fram centralt i Regionen och via de särskilda rutiner som finns för de åtta säkerhetsområdena enligt ovan.

Om detta ger en god grund för en samlad kvalitetsledning är oklart – en ledning och styrning där samtliga kärnprocesser omfattas, där fokus ligger på medicinsk- och patientupplevd kvalitet (och andra kvalitetsdimensioner) och där resultatet innebär att en överblick och helhetssyn av styrkor och svagheter i sjukvården i Regionen. Ett ledningens genomgång som sätter sökarmålsbilden på kvaliteten⁴ i hälso- och sjukvårdens kärnprocesser skulle kunna införas men ett sådant forum finns inte idag. I ett sådant forum bör ledningen regelbundet också ställa sig frågan: är vi nöjda med ledningssystemet som ledningsverktyg och vid behov diskutera förbättringsåtgärder även kring detta.

Dagens situation innebär att kvalitetsledningen bedrivs inom delar av kvalitetsområdet och för delar av kärnprocesserna. Att denna situation föreligger har sin grund i dels att inte samtliga kärnprocesser har identifierats, dels att kvalitetsdata inte finns för alla delar. Detta förhållande är inte unikt för Region Dalarna. Problemet blir dock att det är svårt att basera gällande styr signaler (t.ex. vilka sjukdomsgrupper som är fokusområden) på fakta. Om mer heltäckande data fanns skulle valet av sjukdomsgrupper eventuellt se annorlunda ut.

3.4.2 Divisionsnivå

Division Psykiatri och habilitering

Inför granskningen har dokumentet Agenda Ledningsgrupp Division Psykiatri och Habilitering tillhandahållits. Här framgår att agendan har en stående punkt "Rapport från RPO/NPO" – dvs om kunskapsstyrningen. Det framkommer också att en punkt på augustimötet var att diskutera rapporten "Psykiatri i siffror".

Vid intervjun med divisionsledningen deltog de två verksamhetscheferna från vuxenpsykiatri tillsammans med divisionschefen.

Mycket av styrning och uppföljning ligger på verksamhetschefsnivå. Vissa gemensamma frågor som spänner över flera verksamheter hanteras på divisionsnivå – t.ex. dokumentation eller barn som far illa. De intervjuade från divisionsledningen menar att det är svårt att ha ett kvalitetsledningssystem som gäller för hela divisionen. Alla dokument som beskriver hur vården utförs finns i varje verksamhet. I ledningsportalen på intranätet

⁴ Alla relevanta kvalitetsaspekter men vi ser särskilt behov av att lyfta fram medicinsk- och patientupplevd kvalitet

kan nästan alla data för divisionen följas enligt de intervjuade, dock inte primärt kvalitetsdata.

På divisionsnivå följs tillgängligheten upp i olika aspekter varje ledningsgruppsmöte – en produktionsanalytiker tar fram data. Även patientenkät för slutenvården – patientupplevd delaktighet – tas upp vid möten i divisionens ledningsgrupp.

Styrningen ska utgå ifrån olika nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd. Det finns dock inte data för att objektivt kunna följa att riktlinjer följs och inte heller heltäckande utfallsmått för att vara säker på hur bra vården är ur medicinsk synvinkel.

De intervjuade beskriver att de ser ett behov av att komma längre med kvalitetsledningen som idag anses ske mer på verksamhetsnivå än på divisionsnivå. Ledningsgruppen har diskuterat införande av ett kvalitetsråd – ledningens genomgång, men detta har inte ännu förverkligats och bedöms inte kunna baseras enbart på kvalitetsdata då sådan inte finns i tillräcklig omfattning.

Regelbundna uppföljningar sker mellan divisionschef och hälso- och sjukvårdsdirektör, möten finns med tydlig agenda men även mötestillfällen utan agenda finns då divisionschef har möjlighet att rapportera / diskutera sådant som inte är enkelt att lösa. Styrningen i linjen inom divisionen sker i hög grad utifrån ett långtgående ansvar för verksamhetschefer. Verksamhetscheferna följs upp återkommande via två typer av forum, ett där de rapporterar och tar upp frågor utifrån egna behov och ett styrt forum som tar upp patient, personal och ekonomi där även staberna är med.

Vid intervjun beskrivs också att det finns tydliga och aktuella rutiner mm för divisionens kärnprocesser (patientgrupper). Ett aktivt införandearbete sker avseende de vårdförlopp som kommer från kunskapsstyrningen och en chefläkare är aktiv i att gå igenom och säkerställa att alla underlag är aktuella. Dokumentation görs tillgänglig via olika s.k. arbetsrum på intranätet.

Återkoppling från patienter sker återkommande genom brukarråd, där patientföreträdare och egenerfarna möter verksamheten. Detta forum har exempelvis lett till att Psykosprocessen prioriterats för tillsättande av en lokal arbetsgrupp inom området. Rapportering från brukarråd finns på alla divisionens ledningsgruppsagendor. I ledningsgrupperna finns även en egenerfaren medarbetare med för att bevaka patientperspektivet och kvaliteten i beslut.

Ett generellt utvecklingsområde inom divisionen anses av divisionsledningen vara kompetens för kvalitetsarbete och verktyg för förbättringsarbete. Man ser även behov av ytterligare bemanning och resurser. Slutligen framförs också behov av att regionens olika systemstöd samordnas bättre – de behöver "lira ihop".

Division Medicin

Inför intervju med divisionsledningen har inga underlag inkommit som ger information om hur divisionsledningen arbetar med kvalitetsledning. Vid intervjun deltog divisionschefen som tillträdde sin tjänst i januari 2025.

Månadsuppföljning inom divisionen sker varje månad. Fokus är primärt på ekonomi, produktion och tillgänglighet. Några verksamhetschefer har tagit upp behovet och vikten av kvalitetsuppföljning.

När det gäller tillgången till kvalitetsdata menar divisionschefen att data finns men inte för samtliga patientgrupper. Data finns i huvudsak via de nationella kvalitetsregistren och tillgången och användbarheten beror på om register finns, på kvalitet i data mm. Dock finns användbara underlag för flera av divisionens patientgrupper.

Inga mål för kvalitet finns på divisions- eller verksamhetsnivå sådan ska dock tas fram nu enligt divisionschefen.

Divisionschefen är oklar över vem som internt kan bistå med att ta fram kvalitetsdata. Hon känner inte till någon rapport på detta tema. Under våren hade divisionen tillgång till en chefläkare som hade en stående punkt på ledningsmöten och delade med sig av kunskap om förbättringsbehov t.ex. utifrån Lex Maria-anmälningar.

Det framkommer inte att divisionen har något forum för att systematiskt och regelbundet styra-leda-följa upp verksamhetens kvalitet.

Kunskapsstyrningen sker enligt divisionschefen i en parallellorganisation som är viktig för Regionen. Ofta innebär de nationella kunskapsstöden krav som är svåra att uppnå utifrån lokala förutsättningar. Divisionschefen upplever att detta kan innebära begränsningar kring hur långt det går att efterleva kunskapsstöd fullt ut. Verksamhetschef ansvarar för att kunskapsstöd omsätts i praktiken.

Divisionsledningen tar del av resultat från patientenkäter. Data finns att se även nedbrutet men inte för enskilda patientgrupper.

Idag finns ingen dedikerad rapportering av kvalitet inom divisionen där verksamhetschefer ska rapportera till divisionschef. En tanke som divisionschefen framför och som hon muntligen uttryckt till sina verksamhetschefer, är att detta bör göras om det är något särskilt som avviker. Divisionschefen känner inte till någon instruktion när hon ska rapportera kvalitetsdata till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Generellt sett är det idag mycket fokus på ekonomi och tillgänglighet/produktion och klart mindre på kvalitet enligt divisionschefen som också uttrycker en ambition att arbeta för ett större fokus på vårdens kvalitet.

Kommentarer

Den regelbundna kvalitetsledning som sker berör primärt de områden som beskrivits gällande förvaltningsnivån, dvs. de olika säkerhetsområdena och de områden som valts ut som fokusområden. Det sistnämnda sker i den omfattning som ges av den ordinarie verksamhetsuppföljningen. Ledningen på divisionsnivå är med utgångspunkt i gällande verksamhetsplan och politiska styr signaler huvudsakligen inriktad på budgethållning, produktion och tillgänglighet. Vid sidan av kvalitetsdimensionen tillgänglighet diskuteras även patientupplevd kvalitet vid de tillfällen som denna typ av rapporter tillhandahålls. Dock förstår vi det som att denna slags uppföljning inte ger information om hur tex ADHD-patienter upplever denna vårdform vid berörda enheter.

Något dedikerat forum för en samlad kvalitetsledning har inte framkommit. Dock har frågan diskuterats inom division Psykiatri och habilitering i form av att eventuellt tillskapa ett kvalitetsråd.

Från båda divisioner framförs att data (från nationella kvalitetsregister) finns men att detta inte är tillräckligt och inte heltäckande. En muntlig överenskommelse tycks finnas att

verksamhetschefer rapporterar till divisionschef vid avvikelser. Dock är inte gränserna för detta formaliserade utan bygger på verksamhetschefens bedömning av vad som är en avvikelse. Mer systematik finns genom chefläkarens insamling av avvikelser som årligen återförs till divisionsledningen. Om och när data finns mer heltäckande kan man tänka sig att krav på rapportering föreligger när man inte klarar överenskommen kvalitetsnivå.

3.4.3 Verksamhetsnivå

Med hjälp av hälso- och sjukvårdsdirektören har två divisioner valts ut och därifrån två verksamheter. Inom division psykiatri och habilitering har därefter verksamhetschefen för länsvuxenvuxenpsykiatri slutenvård valt ut patientgruppen ECT (elektrokonvulsiv behandling), och verksamhetschefen för den länsvuxenpsykiatriska öppenvården har valt patientgruppen ADHD⁵. Från Division Medicin har verksamhetschefen för kardiologi valt patientgruppen hjärtsvikt medan patientgruppen diabetes med hög risk för fotsår, har valts från verksamhetschefen för medicinklinik Falun.

Vi har begärt att få del av underlag som beskriver rutiner för hur patientgruppen ska hanteras, hur ansvar för kvalitetsarbetet och uppföljningen är fördelad och kvalitetsarbetet sker i praktiken. Dokument har erhållits från alla fyra patientgrupper men ett förhållande är likartat: Dokumentationen ger ingen information om hur ansvarsfördelningen ser ut för att driva det systematiska kvalitetsarbetet för patientgruppen och inget nämns om datatillgång (förutom det som framgår av rapporter från kvalitetsregister) och hur uppföljning och utveckling/förbättring sker.

En intervju har skett per patientgrupp då ett representativt urval av medarbetare som arbetar med patientgruppen har intervjuats. Vid mötet med den personalgrupp som arbetar med ADHD-patienter deltog tre psykologer – ingen annan yrkesgrupp var således representerad i denna intervju. Nedan redovisas per patientgrupp vilka underlag som delgivits oss och sedan sammanfattas vad som framkom vid respektive intervju.

Länsvuxenpsykiatri Falun Säter och poliklinisk ECT-behandling

Vi har fått Länsvuxenpsykiatriens riktlinje för ECT-behandling, en broschyr med patientinformation till patienter som ska få ECT-behandling samt flera rapporter från det nationella kvalitetsregistret för ECT där det framkommer att Region Dalarna varit med från registrets start.

Enhetschefen har ansvar för att rutiner är aktuella, tillgängliga och för att följa upp att de efterlevs. Det finns ansvar för att göra s.k. 6-månadersuppföljning men saknas någon som har ett generellt ansvar att följa upp resultat för patientgruppen. Det är vidare oklart hur man följer upp att gällande arbetssätt tillämpas.

De intervjuade menar att den gällande riktlinjen nyligen blev uppdaterad och upplevs som bra. Det framkommer också att ingen systematisk uppföljning sker av att riktlinjerna faktiskt följs eller hur/ i vilka avseenden man avviker, genom att göra en s.k. gapanalys.

Vid intervjun framkommer exempel på att utökad samverkan har skett med anestesi i syfte att undvika att patienter skadas.

⁵ ADHD är en engelsk förkortning som står för Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder och är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som påverkar uppmärksamhet, impulsstyrning och aktivitetsnivå.

Det finns ofta behandlingsmål för enskilda patienter men inga generella mål eller målnivåer för patientgruppens behandlingsresultat.

Inom ECT-behandlingen inhämtas idag inte patienters eller anhörigas synpunkter som en systematisk del i kvalitetsarbetet.

Kunskapen om hur väl man lyckas i ECT-behandlingen för patientgruppen kan stärkas menar de intervjuade. Region Dalarna har en hög täckningsgrad i ECT-registret och kan få ut mer av den data som finns där. Systematiken kan öka men det finns också exempel på att analys av data har använts för att förändra verksamheten. Som beskrevs ovan saknas ett tydliggörande av vem som har ansvaret att analysera data och det finns idag inget forum i verksamheten där detta sker. Registrets rapporter om utfall har relativt stor eftersläpning.

Den data som i övrigt finns tillgänglig är den som hanteras i Synergi – egenkontroller av olika säkerhetsområden.

Det är oklart för de intervjuade om och när man förväntas rapportera vidare uppgifter om hur bra ECT-vården är.

Exempel på ett förbättringsarbete som nyligen genomförts: Genom att ta del av data och jämförelser i kvalitetsregistret har man ändrat från sex till åtta behandlingstillfällen för några år sedan (men testar nu att istället minska till fyra). Varje gång som detta har analyserats har man fått indikationer på att resultaten kan förbättras. Man har på samma sätt fått kunskap om att lika bra resultat kan uppnås för patienterna genom en lägre laddningsdos. Det har nyligen uppmärksammats att verksamheten under senare tid haft ett ökat antal patienter som drabbats av återfall. Utvecklingsområden kan förutom det som beskrivs ovan, även komma från att en rutin har genomgått översyn och uppdaterats.

Det finns rutiner för att identifiera, dokumentera och hantera avvikelser och förbättringsområden. Verksamheten registrerar avvikelser men nästan bara risker. Avvikelser går till enhetschef och till patientsäkerhetsgrupp och tas upp i APT⁶. Ett exempel är att man härigenom kommit fram till bättre sätt att kommunicera med avdelningarna.

Egenkontroller utförs inom säkerhetsområden av ledningsgrupp, verksamhetschef och enhetschef. Man har också tagit fram checklistor för "start av dagen" och "Inför varje behandling". Dessa har enligt de intervjuade etablerats – "de används alltid".

I Synergi kan man sortera fram hur ofta olika avvikelser har uppstått.

"Att vi hjälper så många och når så bra resultat" är det som framförs av de intervjuade på frågan vad man är mest stolt över i sitt kvalitetsarbete.

Förbättringsområden anses vara återkopplingen från registret och att mer kan göras av detta. Man saknar också det tidigare Genombrottsarbetet via SKR. Det som finns nu är en hel del "pappersverktyg" men dessa anses inte tillgängliga/användbara, man önskar att det fanns en digital verktygslåda.

⁶ Arbetsplatsträff

Vuxenpsykiatri öppenvård och patientgrupp ADHD

Som underlag har erhållits dels dokumentet "Behandling av ADHD", dels en broschyr "Patientinformation läkemedelshandling för ADHD". Det förstnämnda dokumentet har alldeles nyligen reviderats och har referenser bl.a. till det nationella Vård- och insatsprogrammet för ADHD.

De intervjuade menar att det är ledningsgruppen, verksamhetschefen och vårdutvecklare som har ansvaret för att riktlinjer finns, är aktuella och tillgängliga. På mottagningen ansvarar enhetschef för att följa upp att de efterlevs.

Det arbetas från ledningsgruppens och verksamhetschefers håll med att öppenvården ska vara jämlik. Det är stort fokus på tillgänglighet, inte innehåll, i vården. På senare tid är ambitionen att patienter inte ska placeras på väntelista och vänta.

I dokumentet "Behandling av ADHD" är det ett starkt fokus på den medicinska aspekten av ADHD. De som deltog i intervjun var psykologer och inte helt pålästa om hur väl detta dokument överensstämmer med VIP⁷ ADHD. Ett utvecklingsarbete pågår där följande dokument tas fram: "Kartläggning och utredning vid misstänkt ADHD – vuxna". Detta dokument som ännu är ett utkast täcker en större del av arbetet med patientgruppen än behandlingsdokumentet som vi som granskare fått. Det nya dokumentet grundar sig i en gapanalys och hur man följer VIP och dess indikatorer samt samverkan med vårdcentraler. Den nya rutinen har ambitionen att ensa de tidigare olika arbetssätt som användes i regionen.

Den här typen av riktlinjer anses av de intervjuade vara bra men har hittills haft varierande kvalitet. De intervjuade anser att de bör täcka en större del av arbetet med en patientgrupp, i enlighet med pågående utvecklingsarbete. De menar också att verksamheten idag har riktlinjer som inte är uppdaterade.

Planeringsdagar sker två gånger per termin där det finns möjlighet att ta upp och diskutera nya riktlinjer. För två år sedan gjordes en gapanalys. Samverkansmöten hålls fem gånger årligen med vårdcentralerna för att säkra vården för patienter som är aktuella på båda vårdnivåerna. En av de intervjuade har genomgått en utbildning i kvalitetsarbete men inga exempel på professionsöverskridande förbättringsarbeten framkommer vid intervjun. Det finns exempel på att patientutbildningar har följts upp med enkät men inte för hela patientgruppen. I övrigt är det avvikelser som finns till hands för att ta in patienters och anhörigas synpunkter i kvalitetsarbetet. Det kvalitetsregister som tidigare fanns, har lagts ner.

Förutom tillgänglighetsmål saknas en generell målnivå om vilka behandlingsresultat som förväntas för patientgruppen. Även data om faktiska behandlingsresultat saknas för patientgruppen men finns i journal för enskilda patienter. Eventuellt används vissa medicinska data från kvalitetsregister men de intervjuade är oklara över hur bra man lyckas med vården för patientgruppen ADHD. Det är inte känt om eller när sådana uppgifter ska rapporteras vidare.

⁷ Är ett nationellt kunskapsstöd inom psykiatri och står för Vård- och insatsprogram

Det framkommer ett exempel på förbättringsarbete som avser hur man tar fram en produktionsplan som nu sprids bland mottagningarna.

Rutiner för att identifiera, dokumentera och hantera avvikelser och förbättringsområden finns. Synergi används som systemstöd. Avvikelser samlas av enhetschef och de analyseras tillsammans vid APT. Verksamhetschefen analyserar avvikelserna för alla öppenvårdsmottagningar samlat.

Risikanalys har genomförts kopplade till verksamhetsförändringar. Egenkontroller genomförs enligt inarbetade rutiner för olika säkerhetsområden.

I Regionen uppmärksammas utvecklingsarbeten och det finns en innovationstävling med pris till den som kommer på en innovation som kan användas i vården. De intervjuade menar att det generellt sett är "högt i tak" när man som medarbetare har förändrings- och förbättringsförslag.

Det finns en förbättringsarbetsgrupp i Ludvika som träffas ca en gång per månad.

Kardiologi och patientgrupp hjärtsvikt

Vi har fått del av följande stödjande/styrande dokument:

- Standardremiss utskrivning
- Checklista sviktrond
- Flödesschema SVF
- Gränssnitt specialistvård Sjukhus/ Primärvård

Enligt de intervjuade har ingen idag ett formellt uttalat ansvar men de två överläkare som deltar anser sig ändå ha ett ansvar att se till att riktlinjer finns, att de är aktuella och tillgängliga, följa upp att de efterlevs och utvärdera och följa upp resultat av vården och se till att förbättringar genomförs vid behov.

Vårdprogram för Region Dalarna finns liksom tydliga riktlinjer för hjärtsvikt samt praktiska checklistor. Det nationella vårdförloppet för hjärtsvikt är inte implementerat här. Relativt vårdförloppets riktlinjer har verksamheten svårt att klara ledtidsmålet till ekokardiografi⁸ men i övrigt anser man att verksamheten fungerar enligt vårdförloppet. De intervjuade känner inte till om en gapanalys kopplat till vårdförloppet har genomförts. I faktagranskningen av denna rapport framkommer att en gapanalys gjordes 2023.

Denna typ av styrande och stödjande dokument upplevs som användbara och tillgängliga men inga uttalade arbetssätt används för att säkerställa att berörda faktiskt följer riktlinjer och regler. En tydlig systematik finns dock i att alla som internremitteras till den sjuksköterskeledda sviktmottagningen, faktiskt registreras i kvalitetsregistret Rikssvikt. Man presenterar och går igenom olika riktlinjer vid t.ex. läkarmöten.

På fråga om hur samverkan sker för att undvika vårdskador framkommer flera idéer om sådan samverkan men som ännu inte är formaliserad.

⁸ En ultraljudsundersökning av hjärtats funktion.

De intervjuade har inte fått utbildning i kvalitetsarbete och de vet inte vem de ska vända sig till för hjälp när utvecklings- och förbättringsbehov uppkommer. Det framförs också att förbättringsarbete sker "vid sidan av våra jobb".

Det finns tydliga mål och målnivåer för patientgruppen för olika indikatorer i RiksSvikt.

RiksSvikt levererar rapporter halvårsvis och dessutom en årsrapport. De intervjuade diskuterar behovet att ha någon form av intern genomgång och uppföljning var tredje månad men detta sker inte idag. När rapporter kommer från registret går man igenom den på läkarmötet och diskuterar t.ex. varför man ligger lågt i något mått. Man försöker också i detta forum att få alla att jobba mot samma mål och vid behov påminna sjuksköterskor om vad som kan behöva ändras. Ingen uppföljning görs utöver det som kommer från RiksSvikt även om man anser att det skulle vara intressant att mäta oplanerade återinläggningar för patientgruppen.

I samband med intervjun är det ingen som känner huvudansvaret att lämna rapporter uppåt om hur bra vården är. Det är heller inte klargjort vilken förväntan som finns på att detta sker.

Utvecklingsområden identifieras främst utifrån utfallet i rapporter från RiksSvikt. I övrigt kan sådant även komma upp i den löpande kommunikationen och i regelbundna möten av olika slag. Exempel på förbättringar som pågår är arbetet med att bli bättre på att remittera vidare patienter från sviktmottagningen för vidare uppföljning i primärvården. Möten planeras ske med primärvården i samband med detta.

Det finns rutiner för riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll. Det finns en patientsäkerhetssamordnare som håller samman arbetet och man tar vid behov fram åtgärder. Varje gång en avvikelse registreras görs en bedömning om det är en enskild händelse eller ett systemfel.

Det finns förslagslådor för personalen som ett led i att uppmuntra nytänkande.

Kvalitetsarbetet har påbörjats relativt nyligen och det finns idéer! Man är stolt över att alla som jobbar med hjärtsvikt har hög medicinsk kompetens och att det finns en stabil personalstyrka.

Utvecklingsområden är att öka kompetensen i kvalitetsarbete och kunna driva arbetet mer systematiskt. Det är idag ett starkt fokus på produktion och tillgänglighet som tar utvecklingskraft.

Medicin Falun och patientgrupp Diabetes

Från verksamheten har följande underlag erhållits:

- Mål och målsättningar för svens diabetologi 2025 – Vuxna
- Indikatorsammanställning från NDR
- Födesschema typ 1-diabetes (mars 2023)
- Vårdprogram diabetesfoten (Juni 2023, giltigt tom juni 2025)
- Nationella riktlinjer för diabetsvård

Vid intervjun framkommer att en praktisk ansvarsfördelning finns mellan en diabetessjuksköterska och en läkare för att rutiner finns, är aktuella, följs upp att de efterlevs samt att resultat utvärderas. Det är en liten personalgrupp som jobbar nära

varandra. Arbetsgruppen följer i mötesform noga sitt utfall i det nationella kvalitetsregistret NDR. I praktiken växlar ansvaret för att samlas för att diskutera utfall och resultat. Årligen genomförs ett större möte tillsammans med alla diabetesspecialistmottagningarna för att diskutera resultat och behov av förbättring. För tillfället levererar Region Dalarna inte data till NDR på grund av att registret har genomfört ett plattformsbyte där regionens gamla journalsystem inte kunde anpassas till denna plattform. Då starten av Cosmic skjuts fram kommer dataöverföringen till NDR troligen inte kunna fungera igen förrän till nästa år.

Både på läkarmöten och sjuksköterskors motsvarande möten sker uppföljning och diskussion om hur man ska säkerställa att alla arbetar enligt riktlinjer.

De intervjuade menar att flödesschemat är mer nedbrutet och praktiskt användbart än hela vårdförloppet. Många som arbetar känner väl till arbetssättet men stöddokumentet är bra att ha för de som kommer nya. En gapanalys gjordes för några år sen och vårdprogrammet i Region Dalarna är kopplat till vårdförloppet som togs fram efter att det nationella vårdförloppet togs fram. Man arbetar nu med att lägga in lokala anpassningar på 1177 för vårdpersonal.

På frågan om vilken samverkan som sker för att undvika vårdskador beskrivs att samarbete finns med ortopedin men att det finns behov av mer samarbete i fotteamet.

Patientenkäten är inte nedbrytbar så att det går att se vad patientgruppen tycker om sin vård.

Personalen vid mottagning har stor erfarenhet och kompetens i kvalitetsarbete och har bedrivit utvecklings- och förbättringsarbeten med koppling till NDR. Det finns enligt de intervjuade en kultur av kvalitetstänkande vid kliniken och fokus på forskning. För tillfället är det vacuum i detta arbete pga. att inga aktuella data finns för Region Dalarna. Exempel på förbättringsarbeten är att verksamheten identifierat att patienters LDL-nivåer⁹ inte lever upp till önskad nivå. Av detta skäl ses nu användningen av statiner över.

En s.k. PROM¹⁰-enkät har genomförts men utan att resultatet har sammanställts på aggregerad nivå – dvs, för patientgruppen.

Det finns mål och målnivåer för patientgruppen för olika indikatorer i NDR. Här finns i normala fall realtidsuppföljning men som beskrivits ovan saknas tillfälligt under detta år data för Regionen. Man använder data systematiskt men ser också att systematiken och nyttan av att ha tillgång till data kan öka ytterligare. Vissa av indikatorerna i vårdförloppet¹¹ finns inte med i NDR och det har varit svårt att bygga upp egna möjligheter till datafångst och datauttag. Förhoppningar finns att Cosmic ska ge nya möjligheter till det.

Verksamhetschefen är angelägen om att kvalitetsrapportering sker i NDR och det finns krav att redovisa resultat för patientgruppen i verksamhetens kvartalsrapporter.

⁹ Hos patienter med diabetes eftersträvas låga nivåer av LDL (Low-Density-Lipoprotein), en av blodfetterna, för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom

¹⁰ Är en engelsk förkortning av patientrapporterade utfallsmått.

¹¹ Diabetes med hög risk för fotsår

Verksamheten har även en förväntan på rapportering uppifrån men det är under senaste åren mer fokus där på ekonomi, produktion och tillgänglighet än på kvalitet.

Det finns rutiner för riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll och systemstödet Synergi används. Verksamheten uppger att de har få avvikelser och därför inte hittat några mönster eller systematiska avvikelser. Åtgärder vidtas dock som standard när avvikelser uppkommer. Här finns stöd av verksamhetsutvecklare och patientsäkerhetsombud.

Det har inte framkommit att generella riskanalyser genomförts.

De intervjuade menar att nytänkande uppmuntras, "vi har högt i tak" och tillåter tester för att utvärdera förslag. Det som tas upp på frågan om förbättringsbehov är att man skulle kunna bli bättre på att efterfråga patientens upplevelse av sin vård och inkorporera detta i förbättringsarbetet.

Kommentarer

Intervjuerna vid besökta verksamheter visar att en formell ansvarsfördelning saknas för det operativa kvalitetsarbetet. Vanligen finns ändå en pragmatisk hantering kring detta. Dock innebär situationen att personberoenden skapas och är sårbart när nyckelpersoner slutar vilket det finns konkreta exempel på. Det finns vid alla besökta verksamheter stödjande /styrande dokument för arbetet med patientgruppen och de flesta är aktuella. Uppföljning av att dessa efterlevs sker vanligen men kan öka i systematik. Mål och målnivåer finns enligt de intervjuade när ett kvalitetsregister finns vilket innebär att detta finns för alla intervjuade personalgrupper utom för ADHD. Intervjuerna visar att det är ovanligt att man systematiskt arbetar in patienters och anhörigas synpunkter i sitt kvalitetsarbete. En förklaring är att de övergripande enkäterna inte kan brytas ner på enskilda patientgrupper. För de patientgrupper som har kvalitetsregister finns möjlighet att ta reda på hur bra man lyckas i vården för gruppen patienter och utifrån detta identifieras förbättringsområden. Det är däremot ovanligt att en särskild förväntan finns på att rapportera hur bra vården är för den aktuella patientgruppen, alternativt att detta inte är känt bland de intervjuade. Detta gäller generellt sett med undantag för data om tillgänglighet. Alla verksamheter bedriver förbättringsarbeten men de flesta anser att de behöver mer stöd och mer kompetens i kvalitetsarbetet.

Rutiner och systemstöd finns för riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll. Synergi har en central roll på samtliga besökta enheter som stöd i arbetet. Det finns en systematik i att ta hand om avvikelser. Generella riskanalyser förefaller inte göras.

6 Svar på övergripande revisionsfråga och revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan besvaras sist i detta avsnitt, dvs. efter att revisionsfrågorna besvarats.

Revisionsfrågor:

1. *Finns en dokumentation över ledningssystemets grundläggande uppbyggnad? Hur dokumenteras arbetet med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet? Upprättas regelbundet kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse?*

Ja, delvis. På hälso- och sjukvårdens intranät finns en intern webbplats för "Ledningssystem". Här finns en stor mängd dokument och undersidor kring detta men vissa dokument som borde finnas visas inte när man klickar fram dem. Det saknas ett enkelt och koncist sätt att förklara ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.

Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras i de rutiner, uppföljningsmöten (ledningens genomgång) och årsrapporter som utarbetas för flera säkerhetsområden. Motsvarande hantering finns dock inte avseende vårdkvalitet i kärnprocesser / för patientgrupper. Patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen medan det senaste kvalitetsboksutet är från år 2022.

2. *Finns en lagkravslista? Om så, finns processer och rutiner för att säkra att lagkraven uppfylls?* Ja, det finns men är inte helt kvalitetssäkrat. Rutiner finns men ej beskrivna som processer.
3. *I vilken grad har Region Dalarna etablerat sig nationellt och sjukvårdsregionalt i den nationella kunskapsstyrningen?* Regionen är till sin storlek relevant representerad i det nationella och sjukvårdsregionala arbetet. Kunskapsstöden är kända på alla nivåer. Implementeringen har dock kommit olika långt, precis som i andra regioner.
4. *Har nämnden vidtagit några aktiva åtgärder för att försäkra sig om att den verksamhet nämnden ansvarar för lever upp till Socialstyrelsens krav enligt SOSFS 2011:9?* Nämndens roll i detta utövas via den ordinarie mål- och budget- och verksamhetsplaneprocessen. Inga beslut finns i HSN sedan år 2022 som rubrikmässigt handlar om att följa upp eller förbättra sitt ledningssystem.
5. *Finns det, på övergripande nivå, ändamålsenliga processer/rutiner e t c för sådana områden/aktiviteter e t c i hälso- och sjukvården som, enligt Socialstyrelsen, ska ingå i ett kvalitetsledningssystem?*
 - a) *Finns ett principbeslut om processorientering?* Nej, men en Processhandbok finns så indirekt finns ett sådant beslut.
 - b) *Finns en processkarta som övergripande beskriver sammanhang och samband mellan olika slags processer?* Ja, på intranätet finns en övergripande beskrivning av hälso- och sjukvårdens lednings, kärn- och stödprocesser.
 - c) *Finns en tydlig ansvarsfördelning för processägarskap och processledarskap?* Ja, genom Processhandboken men inte i praktiken. Den är inte känd i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
 - d) *Hur stor del av kärnprocesserna är dokumenterade med aktiviteter och rutiner och tillgängliga för de som ska arbeta i enlighet med dem?* Finns för många kärnprocesser, ingen intervjuad har kunnat ge en tydlig helhetsbild, många rutiner finns på Intra men även andra lagringsytor används.
 - e) *För hur stor del av kärnprocesserna finns fastställda kvalitetskrav?* För alla genom en generell ambitionsnivå att utfallet ska vara bättre än rikssnitt.

- f) *Finns processer och rutiner som är anpassade till verksamhetens omfattning och inriktning?* Ja, det visar granskningen på verksamhetsnivå.
 - g) *I vilken utsträckning upplevs de vara användbara av de som ska arbeta med dem?* Besökta verksamheter upplever i huvudsak att de är användbara. I några fall är beskrivningarna dock inte aktuella.
 - h) *Hur säkerställs att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner?*
Här kan systematiken öka genom en tydligare formell ansvarsfördelning och genom att regelbundet sätta denna fråga på agendan i interna möten.
6. *Är ansvar och befogenheter för kvalitetsarbetet tydliga och kända i organisationen?*
Nej, här behövs en större tydlighet i hur ansvar fördelas kring just det systematiska kvalitetsarbetet och roller som följer av processorientering.
7. *Hur uppfylls krav och rekommendationer avseende riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll?*
- a. *Finns rutiner för att identifiera, dokumentera och hantera avvikelser och förbättringsområden?* Ja avvikelssystemet Synergi har genomslag i verksamheterna. Det finns en aktiv Avdelning för patientsäkerhet och lokala patientsäkerhetsombud. Enhetschefer eller verksamhetsutvecklare tar upp avvikelser och behov av förbättring till dialog. OBS gäller de olika säkerhetsområdena.
 - b. *Hur används avvikelser och förbättringsförslag för kontinuerligt förbättringsarbete och hur säkerställs återkoppling till verksamheten?* Tas upp vid arbetsplatsträffar. Avdelningen för patientsäkerhet bevakar avvikelser för att identifiera mönster som kräver en större överblick än den egen verksamheten. Återkoppling till verksamheter sker av enhetschef eller verksamhetsutvecklare – det finns stöd i Synergi.
 - c. *Genomförs riskanalyser systematiskt? Inför förändringar? I vilka delar av verksamheten?* Nej det sker inte vid besökta verksamheter (dvs att man mer generellt ser sin verksamhet i ett riskperspektiv), däremot sker det vid organisationsförändringar. Det finns en gällande rutin för detta på regionnivå som främst används inom olika säkerhetsområden.
 - d. *Finns rutiner för hur man agerar vid upptäckta risker eller brister?* Ja
 - e. *Utförs egenkontroller eller annan intern uppföljning? Hur ofta? Med vilken metod?* Ja, förat/metoden ledningens genomgång finns inom de olika säkerhetsområdena där numera även Synergi ger stöd att genomföra egenkontroll. Vid besökta enheter sker vissa egenkontroller men systematiken kan öka. Besökta verksamheter saknar i flera fall tillgång till egna data och gör således inte heller egna mätningar. Rapport med ca 1000 indikatorer tas fram av regionens analysavdelning, i flera fall har detta medfört krav från ledningen på att verksamheter vidtar åtgärder.
 - f. *Hur säkerställs att resultat från egenkontroller leder till konkreta förbättringar?* Inom säkerhetsområdena anger rutinen att ledningens genomgång inom respektive säkerhetsområde (för varje förvaltning) ska

resultera i en åtgärdsplan. Dock framgår att uppföljningen av dessa åtgärdsplaner har mer att önska.

- g. *Används datadriven analys eller digitala verktyg för att identifiera risker eller mönster i avvikelser?* Nej
- h. *Hur gör ni för att skilja slumpmässiga avvikelser från systematiska avvikelser?* Huvudsakligen genom manuellt arbete. Det går att se hur ofta liknande avvikelser sker. Avdelningen för patientsäkerhet bevakar alla avvikelser för att hitta mönster och systematiska avvikelser.
8. *Finns ett systematiskt arbetssätt kallat ledningens genomgång (eller motsvarande) för att följa upp, utvärdera verksamhetens kärnprocesser samt vid behov besluta om förbättringar?* Nej inte med den systematik som ligger i begreppet men en del av detta sker genom olika uppföljningar av kvalitetsdata. Ca 1000 indikatorer med utfall finns sammanställda och tillgängliga att ta del av för alla berörda via intranätet. Flera exempel finns på att denna typ av data föranlett krav på förbättringsåtgärder. För säkerhetsområden vilka i flera fall är central i hälso- och sjukvårdens ledningssystem genomförs årligen ett ledningens genomgång men motsvarande metod/arbetssätt finns inte för vårdkvalitet i kärnprocesserna.
9. *Vad saknas i vårdens kvalitetsarbete för att, i förekommande fall, nå upp till Socialstyrelsens krav på ett kvalitetsledningssystem? – Finns strategier/handlingsplaner etc för att nå upp till kraven?* Den första delen av frågan besvaras egentligen av det som framkommer i denna rapport och som besvarats i frågorna ovan. En sammanfattning:
- Kunskapen om (och tydlighet om) vad ett kvalitetsledningssystem är behöver stärkas inte minst utifrån processororientering
 - En gemensam begreppsapparat och tydlig ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet och utifrån processer behöver etableras. Befintlig Processhandbok bör användas.
 - Det behövs ett omtag kring det operativa sammanhållande arbetet av hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningssystem, där man kommer ifrån den tidigare sårbarheten – personberoendet.
 - Det som finns på "Intra" behöver kvalitetssäkras
 - En kartläggning/inventering behöver ske för att identifiera samtliga kärnprocesser
 - Man behöver bygga underifrån med data för att få en komplett bild av verksamhetens kvalitet för alla kärnprocesser. I denna rapport har begreppet patientgrupper använts i stället för kärnprocess, för att kunna göra ett urval för granskning på verksamhetsnivå. Man kan säga att det behövs data om hur bra vården är för alla patientgrupper men det behöver också tillföras en processororientering i hälso- och sjukvårdens ledningssystem.
 - En långtgående systematik i kvalitetsstyrningen kräver en samlad bild av verksamhetens kvalitet – annars är det inte möjligt att basera beslut om utveckling och förbättring på fakta.

- Kvalitetsuppföljning finns i den ordinarie verksamhetsuppföljningen men den omfattar inte alla kvalitetsaspekter och kärnprocesser.

Svar på den sista delen av frågan: Nej, det saknas en strategi / handlingsplan för att vidareutveckla ledningssystemet.

Övergripande revisionsfråga:

Den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden på ett ändamålsenligt sätt säkerställer att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Svar på övergripande revisionsfråga

Granskningen visar att nämnden bara delvis har säkerställt att hälso- och sjukvården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Andreas Endrédi
Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig

Cajsa Dalne
Legitimerad läkare och ekonom

Bilaga 1 Metod

Revisionskriterier

Bedömningar i denna granskning har skett utifrån följande:

- 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) portalparagrafen
- Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Egen analysmodell / referensram se bilaga 2

Intervjuer

Intervjuer har skett med följande befattningshavare:

- a) Ordförande och 1:e vice ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden
- b) Hälso- och sjukvårdsdirektör
- c) Divisionschef Psykiatri och habilitering och två verksamhetschefer
- d) Divisionschef Medicin
- e) Planeringschef inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och utredare Ledningsstöd och strategi Hälso och sjukvård
- f) Verksamhetsstrateg ledningssystem på regionnivå
- g) Intervju om kunskapsstyrningen: chefläkare och avdelningschef avdelningen för kunskapsstyrning
- h) Avdelningschef Patientsäkerhet samt medarbetare från avdelningen för patientsäkerhet
- i) Produktionschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- j) Verksamhetsintervjuer med arbetsgrupper:
 - a) Psykiatrisk öppenvård:
 - a) ADHD
 - b) Psykiatrisk slutenvård:
 - a) ECT
 - c) Medicinkliniken Falun:
 - a) Diabetes med hög risk för fotsår
 - d) Medicinkliniken Kardiologi Falun:
 - a) Hjärtsvikt

Dokument

Följande dokument har granskats:

- Beskrivning över divisioner & verksamheter
- Hälso- och sjukvårdens organisationsbild
- Delegeringsbestämmelser
- Verkställighetsbestämmelser
- Kvalitetsbokslut 2022
- Patientsäkerhetsberättelse 2024
- Lagar och förordningar som styr häls- och sjukvården
- Kvalitetspolicy
- Underlag för ledningens genomgång
- Rutin för riskhantering
- Kvalitetsmanual för Region Dalarnas ledningssystem (utkast)
- Processhandbok
- Processkarta (som övergripande beskriver sammanhang och samband mellan processer)

- Hälso och sjukvårdsförvaltningens övergripande rutiner för riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll
- Dokument från berörda divisioner som beskriver övergripande kvalitetsstyrning/ledning och uppföljning
- Dokument från berörda verksamheter/patientgrupper som beskriver rutiner/riktlinjer, resultat/uppföljning och hur behov av utveckling identifieras
- Lokala rutiner för de fyra utvalda verksamheterna avseende riskhantering, avvikelshantering och egenkontroll

Bilaga 2 Referensram

Nedan är hämtat från vårt anbud och används som grund för att värdera förhållanden inom hälso- och sjukvården i Region Dalarna i denna granskning:

TOLKNING OCH UTVECKLING AV UPPDRAGET 2(9)

Ledningssystem som styrverktyg

Ett ledningssystem har uppgiften att säkra arbetet mot att uppnå verksamhetens uppdrag och mål genom att sammanställa data och annan information från olika källor så att beslutsfattare på olika nivåer får en övergripande och korrekt bild av situationen och utifrån detta har möjlighet att fatta välgrundade beslut om fortsättningen.

Krav på ledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Nedan finns en sammanfattning av föreskriftens krav:

- Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.
- Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planeras, ledas, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
- Riskanalys och egenkontroll ska göras så ofta att kvaliteten säkras. En rekommendation är att i egenkontrollen använda kvalitetsregister, Öppna jämförelser mm. Avvikelse ska hanteras och utredas systematiskt. Vid behov ska åtgärder för förbättring av processer/rutiner ske.
- Vårdgivaren ska säkerställa att personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna. Personal ska bidra till patientsäkerhet
- Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Patientsäkerhetsberättelse ska upprättas, en rekommendation är att upprätta en kvalitetsberättelse.

TOLKNING OCH UTVECKLING AV UPPDRAGET 3(9)

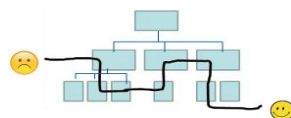
Ett processororienterat arbetssätt innebär att verksamheten betraktas utifrån patienternas perspektiv

Hälso- och sjukvårdens grunduppgift är att skapa värden för patienter och för samhället: främja hälsa för att undvika ohälsa och sjukdom och hantera uppkomna hälsoproblem (bota sjukdom, lindra symptom av sjukdom mm). Detta kan formuleras på olika sätt men är på övergripande nivå gemensamt för alla regioner. Ledningssystemet ska ge svar på om/i vilken grad dessa värden infrias och ifall de inte gör det ge underlag för hur man kan gå vidare.

Moderna ledningssystem (t.ex. SOSFS 2011:9) bygger på processororientering. Detta innebär att verksamheten betraktas utifrån patienternas eller medborgarnas perspektiv. En process kan definieras som:

En kedja av aktiviteter i ett återkommande flöde som skapar värde för dem som den är till för.

Värden för patienter och samhälle, som Regionens sjukvård är till för, skapas alltså i processer. Vanligtvis är värden och dess ansvarsfördelning organiserad runt verksamheter, inte runt patienternas och medborgarnas behov. Bilden nedan illustrerar ett exempel på en patientresa – en process



Det är vanligt att patienter "reser" genom sjukvårdssystemet som den svarta stigen illustrerar. Ansvar finns dock sällan på denna ledd utan för olika enheter, avdelningar, kliniker mm (boxarna). Händelser under en patientresa kan t.ex. vara, mottagningsbesök, röntgenundersökning, videobesök, operation, vård på vårdavdelning mm. Hur bra det blir för patienten – vilket värde som skapas – är dock helt avhängigt av att de olika händelser som utgör patientresan är väl samplanerade och samordnade i ett flöde. När alla insatser kring en patient sker utifrån ett helhetsperspektiv utifrån patientens behov, blir värden personcentrerad och därför kvalitetsdrivande.

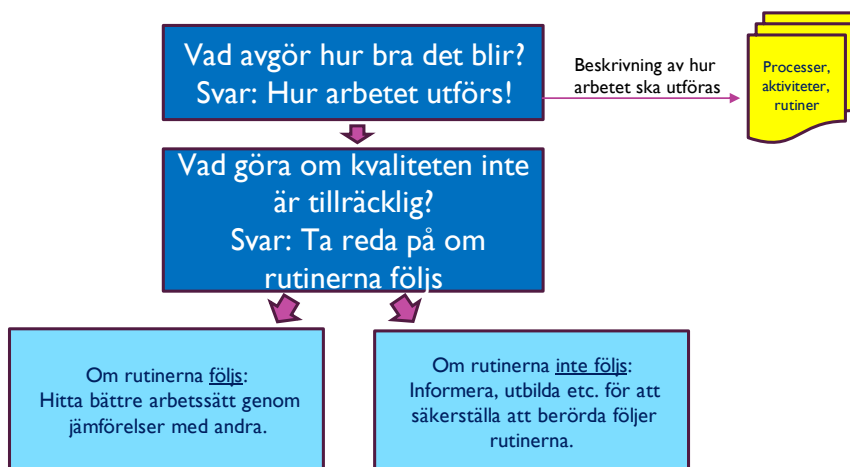
Processer finns oavsett om de är identifierade eller beskrivna. Att processer är beskrivna krävs för att systematiskt kunna styra och förbättra dem – se en närmare förklaring på nästa sida. Hur processororientering ska ta sig uttryck behöver beskrivas som en grundläggande del i ledningssystemet. Detta innebär bland annat hur processer identifieras och beskrivs, vilka som är processägare och processledare samt vilket ansvar de har.

4

Tolkning och utveckling av uppdraget 4(9)

Dokumenterade processer, aktiviteter och rutiner är grundbulten i systematiskt kvalitets och förbättringsarbete

Beskrivningar av hur arbetet ska utföras har avgörande betydelse för utfallet av vården. Väl beskrivna rutiner är inte tillräckligt för att säkerställa kvalitet i utfall – rutinerna behöver också efterlevas. Beroende på om rutinefterlevnaden är god eller inte behöver olika åtgärder vidtas.



5

TOLKNING OCH UTVECKLING AV UPPDRAGET 5(9)

Undvik informationsmässig översvämning - rätt information på rätt nivå

En annan avgörande förutsättning för att få till ett ändamålsenligt och effektivt ledningssystem är att relevant information finns tillgänglig på rätt nivå och i rätt tid. Olika delar inom regionen har olika informationsbehov både avseende innehåll och granularitet - hur finfördelad informationen ska vara.

Verksamheten har ett heltäckande grunduppdrag till samtliga medborgare. Av det skälet behöver verksamheterna engranulär styrning och uppföljning som täcker in alla aspekter av deras verksamhet, inklusive efterlevnad av olika lagkrav. Ett exempel på verksamhetsmått är i vilken grad olika uppställda kvalitetskrav inom förlossningsvården uppnås.

Detaljerad information om hur man lyckas i det grundläggande uppdraget bör inte regelmässigt presenteras till nämnd och regionnivå, det skulle skapa risk för informationsmässig översvämning. Istället behöver relevanta systemmått formas utifrån den granulära informationen vilka standardmässigt redovisas uppåt. Ett systemmått kan vara: Andel kärnprocesser inom division X som klarar överenskomna kvalitetskrav.

Att verksamheter har engranulär uppföljning är även en förutsättning för fördjupad redovisning av information och presentation av åtgärder för processer som inte klarar uppställda krav.

6

Tolkning och utveckling av uppdraget 6(9)

Den nationella kunskapsstyrningen tillför innehåll till ledningssystemet

Sveriges regioner bedriver sedan 2018 ett gemensamt arbete och utveckling och har ett gemensamt system för kunskaps - styrning. Målet är att bidra till en god hälsa i befolkningen genom en god vård som ska vara kunskapsbaserad, säker, individ - anpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv.

Genom att utveckla arbetssätt i samarbete krockar regioner arm med varandra, med kommuner, patient - och professionsföreningar, nationella myndigheter och forskarsamhället. Samarbetet tydliggör också vårdens och patientens gemensamma utvecklingsarbete för att skapa rätt vård och behandling för varje enskild individ.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Olika typer av kunskapsstöd tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Kunskapsstöd utarbetas av arbetsgrupper vilka utses av det Nationella Programområdet (NPO) som är mest relevant för det aktuella kunskapsstödet. Den nationella NPO-strukturen ska speglas på sjukvårdsregional nivå med motsvarande regionala programområden (RPO), som i sin tur är länken till enskilda regioner, där lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG) ska etableras. Totalt finns 30 Nationella Programområden vilka representerar olika sjukdomsgrupper / vårdområden.

Kunskapsstöden fastställs först i kunskapsstyrningssystemets styrgrupp men blir inte formellt gällande i en region innan de även fastställs där. Vanligen sker en lokal anpassning av ett kunskapsstöd i respektive region.

För att kunna uppfylla kraven i ledningssystemet (t.ex. säker vård, tydliga processer, ansvarsfördelning), behöver vårderna använda och implementera kunskapsstöd från det nationella systemet.

Ledningssystemet är ramverket för hur verksamheten styrs, medan kunskapsstyrningen tillför innehåll – alltså vad som bör göras och hur.

Ledningssystemet svarar på:	Kunskapsstyrningen svarar på:
Hur ska vi styra?	Vad är bästa möjliga vård?
Hur följer vi upp?	Vad säger aktuell evidens?
Hur säkerar vi kvaliteten?	Vad bör vi erbjuda patienten?

När ett nytt kunskapsstöd publiceras nationellt och fastställs i Regionen så har det tagits fram av det nationella kunskapsstyrningen. Det är dock ledningssystemets uppgift att se till att kunskapsstödet införs, följs upp och används i det dagliga arbetet.

För många kunskapsstöd finns indikatorer för uppföljning. De flesta indikatorer är tydligt beskrivna med uppgifter om hur de är konstruerade (företrädesvis hur täljare och nämnare definieras för en korrekt beräkning) samt vilken målnivå som eftersträvas. Dessa indikatorer och målnivåer kan användas av regioner i deras ledningssystem och kvalitetsstyrning:

- i vilken grad har vi i vår region data om aktuella indikatorer?
- i vilken grad uppnår vi uppställda målnivåer? (inom ett vårdområde / sjukdomsgrupp eller för samtliga sjukdomsgrupper där sådana indikatorer finns)

En sådan uppföljning ger en bra utgångspunkt för fortsatt utveckling.

7

Bilaga 3 Verkställighetsbestämmelser, patientsäkerhetsberättelse och rutin för riskhantering

Av hälso- och sjukvårdens verkställighetsbestämmelser framgår följande med relevans för denna granskning:

- Divisionschefen har det divisionsövergripande och strategiska ansvaret för att leda divisionens verksamhet. Verksamhetsansvaret innebär:
 - Leda, förvalta, samordna, utveckla och besluta om verksamheten inom den egna divisionen i enlighet med
 - gällande författningar
 - myndigheters anvisningar
 - fullmäktiges och regionstyrelsens beslut, inklusive deras delegeringsbeslut
 - verkställighetsbeslut fattade av regiondirektör, förvaltningschef och chefer med särskilt funktionsansvar
 - fastställd budget och uppställda mål
 - Informera om nya och förändrade författningar och andra krav samt genomföra kontroll av regelefterlevnad inom den egna divisionen. Dessutom åligger det divisionschef att medverka i kontroll av regelefterlevnad som genomförs på förvaltningsnivå, se Region Dalarnas policy för intern styrning och kontroll LD17/00472
 - Informera om regionövergripande och förvaltningsövergripande styrande dokument samt se till att divisionsövergripande styrande dokument är fastställda och kända
 - Följa upp att riskanalyser genomförs samt vidta åtgärder på divisionsövergripande processer

Under rubriken planering tillkommer följande krav på divisionschef:

- I samråd med förvaltningschef planera divisionens framtida utveckling bland annat utifrån formulering av önskvärda resultat, avvikelse- och händelseanalyser, risk- och konsekvensanalyser samt egenkontroller, se rutin LD14/01412. Se även policy Region Dalarnas system för styrning och ledning (RD19/00944).
- Medverka vid upprättande av verksamhetsplan för förvaltningen samt upprätta förslag till divisionens verksamhetsplan
- Initiera dialog med förvaltningschefen i ärenden som berör andra förvaltningar, flera divisioner samt om verksamheten inte uppfyller ställda krav och uttryckta förväntningar
- Tillse att basenheterna inom divisionen uppfyller sitt ansvar för patientsäkerhet enlighet med patientlag (2024:821), patientsäkerhetslag (2010:659) samt patientsäkerhetsförordning (2010:1369) och kvalitet enl. kvalitetspolicy (LD16/00024).
- Löpande följa upp och sammanställa divisionens ekonomiska- och verksamhetsmässiga utveckling. Se även policy Region Dalarnas system för styrning och ledning (RD19/00944).
- Sammanställa rapporter till förvaltningschef, i enlighet med regionens fastställda rapportering- och uppföljningsskyldighet och förvaltningens fastställda rutiner för rapportering
- Inom området Miljö och säkerhet: Tillse att basenheterna genomför risk- och sårbarhetsanalys vart tredje år och att basenheternas risk- och sårbarhetsanalys ligger som grund för den regionala risk- och sårbarhetsanalysen.
- Tillse att relevant resultat från egenkontroll, avvikelshantering och utvärdering av miljöprestanda tas upp i ledningens genomgång samt i divisionens och förvaltningens förbättringsarbete
-
- På liknande sätt (men med annat innehåll) klargörs ansvaret för verksamhetschef liksom första linjens chef.

I Patientsäkerhetsberättelsen framkommer att den politiska ledningen:

- Årligen fastställer de övergripande målen för patientsäkerhetsarbetet.
- Att patientsäkerhetsperspektivet beaktas i beslut som tas.

I Patientsäkerhetsberättelsen framkommer vidare att:

- Hälso- och sjukvårdsdirektör har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i regionen. Hälso- och sjukvårdsdirektören leder hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp som ansvarar för att uppdrag och resurser fördelas i enlighet med ordinarie rutiner samt mål och riktlinjer. Resultat efterfrågas och arbetet för ökad patientsäkerhet följs upp.
- Divisionschef skapar förutsättningar så att patientsäkerhetsarbetet kan drivas framåt inom den egna divisionen.
- Verksamhetschef ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten.
- Verksamhetschef ansvarar för att medarbetarna får kunskap om satsningen för ökad patientsäkerhet och den regionala handlingsplanen. De initierar aktiviteter på den egna enheten utifrån verksamhetens prioriterade behov.
- Verksamhetschefen ansvarar också för att beslutade åtgärder genomförs och följs upp samt att egenkontroller sker.

Enligt Rutin för riskhantering (upprättad av ledningsenheten) ansvarar chefer:

- För att risker fortlöpande identifieras, analyseras, bedöms, hanteras, åtgärdas, följs upp och dokumenteras i regionens avvikelssystem