

Landstinget i Dalarna

Kvalitetsarbetet i vården

Revisionsrapport 2006-11-16
Genomförd på uppdrag av
revisorerna i Landstinget i Dalarna

Anna Bernhardsson
Gunnar Uhlin
Andreas Endrédi

Innehållsförteckning

0	Inledande sammanfattning	III
0.1	Rekommendationer	V
1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Syfte	1
1.3	Metod och avgränsning	2
1.4	Läsanvisning	4
2	Ledningssystem i Landstinget Dalarna – Nuläge.....	5
2.1	Grunderna och ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet / ledningssystemet	5
2.2	Områden som omfattas och där rutiner ska finnas.....	11
3	Genomgång av övriga revisionsfrågor	14
3.1	Vårdprogram och kvalitetsregister	14
3.2	Vilken attityd har verksamheten till det systematiska kvalitetsarbetet (t ex till inträffade fel, patientklagomål och incidenter)?	16
3.3	Kommentarer	16
4	Vad bör landstinget göra för att komma vidare i sitt införande av ledningssystem?17	
4.1	Övergripande styrsystem.....	18
4.2	Enhetens styrsystem	20
4.3	Övriga kommentarer	23
5	Slutsatser och rekommendationer	24
Bilaga 1 Krav på och strukturer för kvalitet och kvalitetsstyrning inom hälso- och sjukvård		
	Formella strukturkrav på kvalitet och kvalitetsarbete	1
	Formella krav avseende professionella riktlinjer	9
	Andra informationskällor och strukturer med betydelse för kvalitetsstyrningen	13
Bilaga 2	Resultat av enkätundersökningen	1

0 Inledande sammanfattning

Inledning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i det kvalitetsarbete som bedrivs i hälso- och sjukvården.

Detta revisionsprojekt har varit omfattande och bestått av flera viktiga delar. Arbetet inleddes med en kartläggning av de krav som ställs på kvaliteten i vården, formellt och från professionen. Kartläggningen har stämts av med landstingets tjänstemannaledning och sammanfattas i bilaga 1 till denna rapport. I ett andra steg genomfördes en enkätundersökning som riktades till verksamhetschefer i hälso- och sjukvården (exklusive Ambulanssjukvården). Svarsfrekvensen har varit hög och resultatet har använts som ett underlag för att bedöma om de områden som omfattas kan anses skötas ändamålsenligt och effektivt. Enkätresultatet presenteras i sin helhet, tillsammans med kommentarer, i bilaga 2. Som en särskild del har även avvikelshanteringen granskats och då speciellt Lex Maria-anmälan och hur det säkerställs att avvikelser inom vården utreds på ett oberoende sätt. Denna del presenteras i en separat rapport.

Sammanfattning av iakttagelser och slutsatser

Som en följd av att Socialstyrelsen utkommit med en ny föreskrift, SOSFS 2005:12, som berör detta område, har granskningsrapporten till stor del strukturerats enligt den nya föreskriften. I det följande sammanfattas det som framkommit i granskningen. För att få en komplett bild av denna granskning är det inte tillräckligt att läsa sammanfattningen, en betydligt mer täckande bild av granskningens väsentliga iakttagelser och slutsatser ges i kapitel 4.

Sammanfattningen avslutas med de rekommendationer som lämnas till landstinget med anledning av granskningen.

Det är tydligt att landstinget ännu inte helt funnit formen för hur ett ledningssystem enligt den nya föreskriften ska se ut. Samtidigt kan konstateras att landstinget redan har ett flertal komponenter på plats och som är betydelsefulla i ett ledningssystem. Dessutom har ett viktigt steg tagits genom att landstinget i sin senaste Landstingsplan formulerat ett flertal kvalitetsmål som lägger ut riktningen för arbetet med att införa ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Den Styrgrupp kvalitet som tillskapats är tänkt att ha en mycket central roll i arbetet med att styra hälso- och sjukvården. En väsentlig del i att få till ett fungerande styr- och ledningssystem är att data om vårdens funktion finns tillgängliga. Denna typ av data presenteras nu för första gången (mer heltäckande) i december månad.

Övergripande är vår bedömning att landstingets tjänstemannaledning såväl har uppmärksammat som påbörjat ett utvecklingsarbete för att leva upp till Socialstyrelsens nya föreskrift om Ledningssystem. Landstinget har hittills inte haft ett sammanhållet system för att systematiskt styra och följa upp vårdens kvalitet. I denna granskning sker en genomgång av inom vilka delar landstinget idag har brister relativt ett sådant system och rekommendationer lämnas för att komma tillrätta med bristerna.

För att hjälpa enheter att skapa kvalitetssystem bör landstinget, inom sitt centrala projekt för att införa ledningssystem, utarbeta riktlinjer som anger en "Landstinget Dalarna-standard" för lokala styrsystem vilka även uppfyller kraven om ledningssystem.

Genomgående är vår bild att arbetet med mål och uppföljning av mål kommit längre i relationen verksamhetsledning (tex. länssjukvården) - underliggande enheter, än i relationen landstingsledning / politiska mål – verksamhetsledning. Uppföljningen behöver dock utvecklas för att ge underlag för trovärdiga uttalanden om måloppfyllelse.

En viktig iakttagelse i denna granskning är att föreskriften om ledningssystem och vad den ställer för krav inte tycks vara särskilt känd i verksamheten.

Ca ¼ av de verksamhetschefer som besvarat den genomförda enkäten uppger att deras verksamhet saknar kvalitetsmål. För enheter som har kvalitetsmål finns genomgående en svag koppling till verksamhetens syfte, vilket ska finnas enligt den nya föreskriften om ledningssystem. I enkäten har 1/3 av de svarande uppgivit att rutiner saknas för att säkerställa ett bra bemötande av patienter. Sannolikt ger enkätresultatet en underskattning av antalet enheter som saknar denna typ av rutiner enligt den nya föreskriften. Generellt tycks det vara så att skriftliga rutiner för hur nya metoder ska implementeras saknas. Det har inte heller framkommit att det finns ett systematiskt angreppssätt kring hur nya eller reviderade vårdprogram ska införas. En ansvarsmässig oklarhet tycks råda mellan linjens ansvar och Tvärgruppernas ansvar i denna del.

Vid flertalet av de besökta enheterna är intrycket att rutiner för identifikation av risker inte existerar eller är bristfälliga. Däremot visar enkäten och intervjuerna att det stora flertalet enheter har rutiner för avvikelshantering. Ännu saknas dock en systematisk sammanställning av avvikelser. Endast begränsade analyser sker och det finns en ständig risk för underrapportering av avvikelser. Granskningen ger stöd för slutsatsen, att det pågående arbetet kring införandet av en gemensam metodik för och ett gemensamt IT-stöd för avvikelshantering, är ett mycket angeläget utvecklingsområde.

Rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring saknas i hög grad.

Intrycket från genomförda intervjuer på vårdenheter och med tvärgruppsordföranden är att vårdprogram / kvalitetsregister finns och används i relativt hög grad i Dalarna. Tydligast är detta för patienter med akut hjärtsjukdom och för diabetespatienter. För båda dessa grupper står sig landstinget mycket väl i en jämförelse av rapporteringsfrekvens / anslutningsgrad. I övrigt saknas däremot mätetal för att bekräfta detta.

Arbetet med att systematiskt samla in kvalitetsdata inom dessa områden, och än mer att använda dessa data systematiskt för att styra och utveckla vården, är i sin linda. Detta motsäger inte att det inte inom enskilda specialiteter / kliniker sker ett systematiskt arbetet för att utveckla kvaliteten. Det som är i sin linda är att detta även integreras i landstingets formella styrprocess, vilket ska ske enligt föreskriften om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Inom landstinget har ett arbete initierats för att forma införandet av ett Ledningssystem enligt krav i Socialstyrelsens nya föreskrift. Den nya föreskriften ställer långtgående krav på landstingets styrsystem. Införandet av ett Ledningssystem bör därför samordnas med en översyn av

Landstinget Dalarnas styrsystem i stort (åtminstone avseende hälso- och sjukvården). I detta arbete behöver följande klargöras:

- Vad som krävs i form av mål, rutinbeskrivningar, uppföljning och egen utvärdering/ständiga förbättringar på enhetsnivå (lokalt ledningssystem)
- Hur verksamhetsmål, ytterst från Landstingsfullmäktige, ska utarbetas i landstingets Verksamhetsplanprocess och hur dessa mål ska kanaliseras vidare ut i verksamheten och säkras
- Hur de stödjande strukturer som landstinget har (Tvärgrupper och Läkemedelskommitté) ska stödja att verksamhetsmål uppnås och hur detta formellt ska kunna inarbetas i Ledningssystemet.

I Landstinget Dalarna finns i varierande grad rutinbeskrivningar för de åtta områden som stipuleras enligt föreskriften. Sammantaget kan konstateras, vid en strikt bedömning utifrån gällande föreskrift, att inga enheter fullt ut lever upp till kraven. Vår bedömning är trots det att Landstinget Dalarna relativt väl skulle hävda sig vid en jämförelse mellan landets landsting.

En övergripande systematik kring kvalitetsstyrningen kan komma att skapas i landstinget som en följd av de steg som redan vidtagits. Det arbete som samordnas av Styrgrupp kvalitet i kombination med Tvärgrupper som regelbundet rapporterar viktiga kvalitetsdata är viktiga komponenter. Ännu är det dock en bit kvar till en situation då dessa rapporter och styrgruppens insatser, i form av tolkning och prioritering av utvecklingsarbete, systematiskt leder till ständiga förbättringar i vården. I dagarna presenteras den första (mer heltäckande) uppföljningsrapporten med uppgifter bl.a. från tvärgrupperna och från landstinget kvalitetsdatabas.

I det fortsatta utvecklingsarbetet av landstingets styrsystemsmodell bedöms det bl.a. som viktigt:

- Att tolka och använda information i Hälso- sjukvårdens årsrapport som underlag i nästa verksamhetsplanprocess
- Att med befintliga data om vårdens kvalitet som grund formulera nya mål / uppdrag till vården
- I detta behöver särskilt beaktas hur mål / uppdrag om förbättringar för olika patientgrupper ska riktas mot dels verksamheter i linjeorganisationen dels Tvärgrupper.
- Särskilda mål / uppdrag bör initialt ges beträffande strukturkrav på enheter att införa lokala ledningssystem enligt SOSFS 2005:12
- Verksamhetsplanprocessen bör även innehålla krav på hur (och när) uppföljningsdata ska rapporteras för att säkerställa att underlag finns tillgängligt i tid för nästkommande verksamhetsplanprocess.

0.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av det som framkommit i denna granskning lämnas nedanstående rekommendationer till landstinget

<i>REKOMMENDATIONER</i>	<i>ANSVARSNIVÅ</i>
Innehållet i den nya föreskriften om ledningssystem behöver göras mer känt inom landstinget.	Landstingsdirektör Utvecklingschef
Landstinget behöver ta fram en strategi och en tydlig handlingsplan för införande av ledningssystem enligt Socialstyrelsens nya föreskrift. Det är angeläget att detta arbete utgår ifrån att ledningssystemet ska integreras i och interagera med landstingets ordinarie styrprocess (landstingsplan / verksamhetsplan)	Landstingsstyrelse / Landstingsdirektör
Det fortsatta arbetet bör leda fram till att en övergripande styrsystemsmodell skapas för landstinget och att en ”Landstinget Dalarna-standard” för lokala styrsystem skapas vilka även uppfyller kraven om ledningssystem.	Landstingsstyrelse / Landstingsdirektör
Det behöver inom ramen för pågående patientsäkerhetsprojekt säkerställas att riskanalyser görs på enhetsnivå och övergripande. Det bedöms också som angeläget att säkerställa att det nya IT-systemet för avvikelshantering kommer att kunna leverera systematiserad och aggregerad information om avvikelser och i vilken grad avvikelser åtgärdats.	Landstingsdirektör / Utvecklingschef
Verksamheterna beskriver sina verksamhetsplaner inom ramen för modellen Balanserade styrkort. Landstingsplanen följer inte denna modell. Det bedöms som viktigt för att skapa en tydligare ”röd tråd” mellan nivåerna att samma modell används.	Landstingsdirektör / Ekonomidirektör
Målen på enhetsnivå behöver i högre grad än idag heltäckande fånga syftet med vården för de patientgrupper som den är till för.	Bitr. Lt-dir och ansvarig för Länssjv. Bitr. Lt-dir och ansvarig för Närsjv. Verksamhetschefer
Verksamhets- och enhetschefers ansvar för tillämpningen av gällande vårdprogram bör klargöras. Även ansvar för vem som ska följa upp att vårdprogrammen används bör fördelas.	Landstingsdirektör
Det bör klargöras vad tvärgrupperna i praktiken förväntas göra för att ”bidra” till tillämpningen av vårdprogram	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Tydliga utvecklingsuppdrag bör ges till Tvärgrupperna i Landstingsplanen. Utvecklingsuppdragen bör ha en separat finansiering och bör bli föremål för uppföljning / återrapportering.	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Landstinget bör i ökad grad eftersträva enhetlighet i utformningen av vårdprogram. Detta för att underlätta förståelse och tillämpning. Av samma skäl bör också finnas en ambition att vårdprogram inte ska bli för omfattande (långa).	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Framtagandet av riktlinjer för rutinbeskrivningar enligt föreskriften om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården bör samordnas i landstinget. Därefter bör rutiner implementeras lokalt.	Landstingsdirektör / Utvecklingschef
Landstinget behöver säkerställa att de förbättringsbehov som kan identifieras via kvalitetsregisterjämförelser leder till faktiska och varaktiga förbättringar i verksamheten.	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet Ordf Tvärgrupper

1 Inledning

1.1 Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen formuleras grundläggande förväntningar och krav på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Socialstyrelsen har i en ny författning SOSFS 2005:12, om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, utvecklat kvalitetsbegreppet och kraven på fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet ytterligare. Förändringen innebär en större betoning på *ledningssystem* för kvalitet och att föreskriften blivit mer sammanhållen. De flesta landsting har organiserat en systematisk avvikelshantering, vilket dock bara är ett av de krav som föreskriften innebär. Många landsting har även ställt krav på anslutning till befintliga kvalitetsregister vilket ligger i linje med föreskriften om ledningssystem för kvalitet. Det är dock ett mål som sällan följts upp, annat än möjligen i antalet ”anslutningar”.

I Landstinget Dalarnas verksamhetsplan tydliggörs behovet av arbete med kvalitetsfrågor. Under rubriken samverkan i utveckling av hälso- och sjukvården beskrivs t ex under punkten ”en god hälso- och sjukvård” sex olika kvalitetsområden, nämligen kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård och vård i rimlig tid. Under 2006 pekas dessutom på att landstinget behöver fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och utvärdera målen, ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt samt ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformade att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande. I sin Verksamhetsplan för 2007 har Landstingsfullmäktige preciserat ytterligare mål för kvalitet och kvalitetsarbetet. Det praktiska arbetet med kvalitetsutveckling sker på ett flertal olika sätt, bl a genom de medicinska s k tvärgrupperna. Arbetet stöds av huvudkontorets utvecklingsavdelning.

Kvalitetsarbetet liksom landstingets rutiner för avvikelshantering har också tangerats i tidigare granskningar av revisorerna, t ex i granskning av underlag för styrning av hälso- och sjukvården.

Det synsätt som anläggs i denna granskning på förhållandet mellan kvalitetsarbete och avvikelshantering är att det finns ett tydligt samband dem emellan. Även om ett kvalitetssystem har till syfte att förebygga avvikelser genom att ”göra rätt från början” måste det finnas en hantering av avvikelser som samtidigt kan bidra till att förbättra förmågan att tillhandahålla en god och säker vård. För att avvikelssystemet ska kunna bli effektivt när det gäller att bidra till förbättringar är det viktigt att samtliga avvikelser som inträffar också i praktiken rapporteras. Benägenheten att rapportera har i sin tur sannolikt ett samband med hur personalen upplever konsekvensen av att rapportera. Förmodligen är benägenheten att rapportera större i en miljö som kännetecknas ett positivt, konstruktivt, förhållningssätt än i en miljö där den ansvarige mer ses som en ”syndabock”.

1.2 Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i det kvalitetsarbete som bedrivs i hälso- och sjukvården.

Inom ramen för att uppnå det grundläggande syftet har arbetet fokuserats på två huvudbeståndsdelar i kvalitetsarbetet:

- ”göra rätt” – kvalitetsstyrning
- ”undvika och hantera fel” – avvikelshantering

Följande delar / frågeställningar berörs i rapporten:

- Vilka krav finns systemmässigt på verksamheten avseende kvalitet och avvikelshantering? Såväl nationella som landstingsövergripande och lokala krav åskådliggörs.
- Hur interagerar kraven, finns inbyggda konflikter mellan olika krav i det samlade systemet?
- Tillvägagångssätt och resultat i arbetet med att utveckla relevanta, och mätbara, mål på olika nivåer för (och inom) det systematiska kvalitetsarbetet?
- Kartläggning och bedömning av ändamålsenlighet och effektivitet i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete avseende central styrning och ledning (integrering i ledningssystemet), samt organisation och uppföljning?
- Ändamålsenlighet och effektivitet i valda strategier och metoder för att genomföra bl.a. verksamhetsplanens intentioner vad gäller kvalitetsarbetet?
- Ändamålsenlighet och effektivitet i de instrument som centralt tillhandahålls av landstinget för kvalitetsarbetet?
- I vilken utsträckning finns och används vårdprogram för de större patientgrupperna?
- I vilken utsträckning och på vilket sätt används nationella kvalitetsregister samt förekommande avvikelserapportering, anmälningar till tillsynsmyndigheter etc. i det systematiska kvalitetsutvecklingsarbetet på verksamhetsnivå?
- Vilka kopplingar kan spåras mellan befintliga vårdprogram och de kvalitetsregister i vilka landstinget ingår?
- Vilka strategier används och hur ser tillämpningen ut av kvalitetsarbetet och avvikelshantering på enhetsnivå?
- Vilken attityd har verksamheten till det systematiska kvalitetsarbetet (t ex till inträffade fel, patientklagomål och incidenter)?
- Vilket samband finns mellan avvikelshanterings- och kvalitetssystemet?
- Hur arbetar landstinget med riskanalys på övergripande nivå och på enhetsnivå?
- Vilka insatser vidtas för att odla en kultur av att avvikelserapportering inte handlar om att hitta ”syndabocker” utan är en viktig del i ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet?
- Hur säkerställs att rapporteringen är tillräcklig?
- Hur är landstingets avvikelshanteringssystem uppbyggt för att identifiera eventuell systematik i avvikelser och för att kunna följa upp att relevanta åtgärder vidtas vid behov?

1.3 Metod och avgränsning

Initialt har en systembild skapats över de olika krav, kring kvalitet och hantering av avvikelser, som ställs på sjukvårdsverksamhet. Detta har belysts i ett riksperspektiv och utifrån de krav som ställs av Landstinget Dalarna. För att skapa denna bild har kontakter tagits på nationell nivå med bl.a. Socialstyrelsen, HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) och LÖF

(Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag). Kraven från Landstinget Dalarna har fångats via befintliga styrdokument och via kontakter med chefläkare/motsv. och ansvarig för landstingets avvikelshanteringssystem. Systembilderna har åskådliggjorts grafiskt och presenterats vid ett seminarium. Vid seminariet deltog revisorerna, landstingsdirektör, länssjukvårdschef, närsjukvårdschef och utvecklingschef. Syftet med seminariet var att:

- Stämna av och skapa samsyn kring det system som landstingets sjukvårdsverksamhet verkar i.
- Identifiera vilka eventuella målkonflikter som är inbyggda i systemet
- Utifrån detta få underlag för att eventuellt komplettera granskningsansatsen.

Granskningen har i övrigt genomförts som en dokument och intervjugranskning. För att få en bredare belysning av landstingets kvalitetsarbete har även en webbaserad enkätstudie genomförts som riktats till samtliga basenheter inom landstingets hälso- och sjukvård exklusive ambulanssjukvården. En fördjupad granskning har gjorts via intervjuer och dokumentgranskning vid nio basenheter. Basenheterna har valts så att tre enheter valts från vardera akutsjukhus, psykiatri och primärvården. En av de utvalda enheterna från respektive vårdciplin kan sägas ha kommit långt i sitt kvalitetsarbete. För respektive vårdciplin har också två kvalitetsregister och två vårdprogram (vilka matchar varann) valts ut. Valet av enheter för fördjupad granskning liksom valet av kvalitetsregister och vårdprogram har skett i samråd med landstingets revisorer och landstingets tjänstemannaledning.

Under projektets gång har uppdraget utökats till att omfatta även länets ambulanssjukvård. Således har en fördjupad granskning skett via intervjuer (per telefon) och dokumentstudier vid två ambulansstationer.

Bl.a. följande dokument har granskas:

- Landstingets budget/verksamhetsplan och årsuppföljning
- Motsvarande för de utvalda länsverksamheterna
- Beskrivning av landstingets kvalitets- och avvikelshanteringssystem
- Beskrivningar av de utvalda enheternas kvalitetssystem / ledningssystem för kvalitet
- Beskrivningar av utvalda vårdprogram
- Uppgifter från utvalda kvalitetsregister
- Exempel på uppgifter/övergripande rapporter och analyser avseende avvikelser

Följande urval av vårdenheter och vårdprogram / kvalitetsregister har skett i samråd med revisorer och landstingsledning:

- Enheter inom Länssjukvården somatisk vård
 - Reumatologkliniken Falun
 - Medicinkliniken Mora
 - Kardiologkliniken Falun
- Enheter inom Länssjukvården psykiatrisk vård
 - Rättspsykiatri i Säter
 - Akutpsykiatri i Säter
 - Psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Borlänge
- Enheter inom Närsjukvården
 - VC Gagnef
 - VC Britsarvet

- VC Mora
- Enheter inom Ambulanssjukvården
 - Ambulansstation Borlänge
 - Ambulansstation Leksand

- Vårdprogram/kvalitetsregister:
 - Länssjukvården somatisk vård: RiksHIA och RiksHöft
 - Länssjukvård psykiatrisk vård: Psykos och Bipolär sjukdom
 - Närsjukvård: AVK/blodförtunnande och Diabetes

Intervjuer har genomförts med:

- Landstingsstyrelsens ordförande
- Oppositionsråd i landstingsstyrelsen
- Chefer för de utvalda elva enheterna
- Representanter för personalen vid de utvalda enheterna
- Utvecklingschef
- Ansvarig för patientsäkerhetsprojektet
- Länssjukvårdschef
- Närsjukvårdschef
- Utvecklingschef psykiatri
- Ambulanschef
- Representanter för de s.k. medicinsk tvärgrupperna
-

Enstaka intervjuer har genomförts via telefon.

1.4 Läsanvisning

I denna granskning har ett omfattande underlagsmaterial utarbetats. Initialt har en sammanställning skett av formella krav och professionella riktlinjer beträffande kvalitet, patientsäkerhet/avvikelsehantering. Materialet har stämts av med landstingets tjänstemannaledning och bildar referensram för denna granskning. Detta underlag presenteras i bilaga 1.

Sammanställning av och kommentarer till genomförd enkät redovisas i bilaga 2. Resultatet av enkäten används löpande i genomgången av i vilken grad landstinget idag lever upp till föreskriften om Ledningssystem. Denna genomgång sker i rapportens kapitel 2. Detta avsnitt är i princip strukturerat enligt Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12. Skälet till detta är att kraven berör centrala delar i landstingets styrsystem och även skapar en logisk struktur att utgå ifrån.

I rapportens tredje kapitel belyses de revisionsfrågor som inte ”automatiskt” blivit berörda när materialet i övrigt har strukturerats enligt föreskriften om Ledningssystem.

I det fjärde kapitlet diskuteras vilka åtgärder Landstinget i Dalarna bör vidta utifrån de iakttagelser som gjorts i denna granskning.

Arbetet har även lett fram till att en separat rapport skapats beträffande avvikelsehantering med fokus på Lex Maria-anmälan. Rapporten belyser systemets ändamålsenlighet utifrån patienters och andras möjlighet att initiera objektiva utredningar av händelser i vården.

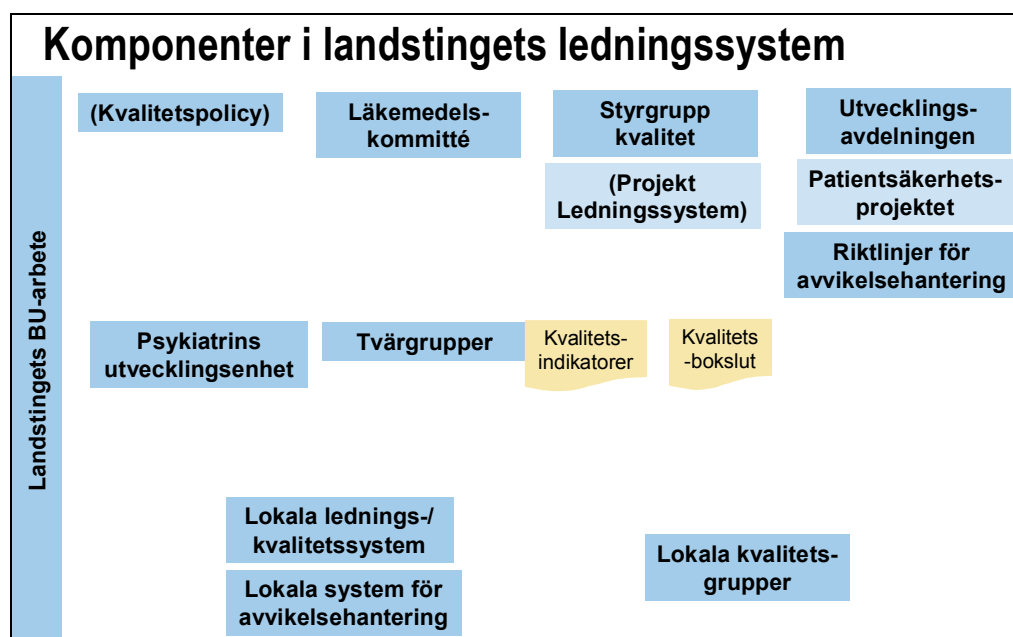
2 Ledningssystem i Landstinget Dalarna – Nuläge

Materialet i detta kapitel har strukturerats i huvudsak enligt de rubriker som används i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12 om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Beskrivningen inleds med en översiktlig genomgång av kraven enligt föreskriften och de delkomponenter som kan identifieras i landstingets nuvarande ledningssystem. I de följande avsnitten i detta kapitel sker en systematisk genomgång av samtliga delar som enligt föreskriften ska ingå i ledningssystemet.

2.1 Grunderna och ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet / ledningssystemet

Föreskriften anger övergripande att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt ska utvecklas och säkras och att det ska skapas förutsättningar för att uppnå krav på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet.

Följande komponenter på övergripande nivå kan iakttas i landstingets nuvarande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet



Landstinget Dalarna har en *kvalitetspolicy* för hälso- och sjukvården. Dokumentet är inte helt aktuellt och ska revideras inom ramen för det arbete med att skapa ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som startat.

Landstingets *läkemedelskommitté* har en angelägen uppgift i att ge råd och rekommendationer avseende läkemedelsanvändningen i landstinget. Läke-medelskommittén i Landstinget Dalarna ger ut en informationsfolder, *Våra läkemedel*, som delas ut till alla som förskriver läkemedel inom Landstinget. Dessutom publiceras terapirekommendationer på landstingets intranät vilka kontinuerligt uppdateras. Dessa terapirekommendationer ska ge vägledning till en säker, enhetlig och hälsoekonomiskt optimal läkemedelsanvändning inom Dalarna. Därutöver ger man ut en baslista över de läkemedel som rekommenderas samt läkemedelskommitténs mål. I bilaga 1 finns en något utförligare beskrivning av läkemedelskommitténs arbete.

Styrgrupp kvalitet består av landstingsdirektören, chefläkare, biträdande landstingsdirektörer samt landstingets utvecklingschef. Gruppen håller på att finna sina arbetsformer. I dagsläget sorterar följande uppgifter på styrgrupp kvalitet:

- Styrgrupp för de två utvecklingsprojekten *Patientsäkerhet* och *Införande av ledningssystem*.
- Ansvara för teknikstöd / samordning avseende *Kvalitetsdatabasen* som är en landstingsgemensam databas för medicin, kardiologi och allmänmedicin. Bl.a. finns uppgifter om diabetes-årskontroller, AVK-behandlade patienter, kranskärlspatienter och patienter med KOL. Kvalitetsdatabasen omfattar både läns- och närsjukvården, dvs. två skilda organisationer och i dagsläget två olika journalsystem. En överbyggande organisation (Utvecklingsenheten) måste lösa en rad praktiska frågor kring hur data ska fångas och rapporteras för att få rapporteringen att fungera.
- Värdera, föra tillbaka och även informera till politiker och tjänstemän om kvalitetsutfallet.
- Utvecklandet av verksamhetsplaner för hälso- och sjukvården
 - gemensam övergripande verksamhetsplan som tolkar Landstingsplanen
 - separata verksamhetsplaner för när- och länssjukvården och en för utvecklingsenheten.
 - mål och uppdrag påverkar planerna i respektive basenhet.

Landstingsdirektören menar att man härigenom identifierar kvalitetsmarkörerna. En uppföljning utifrån detta kallad "Hälso- och sjukvårdens årsrapport" finns sedan juli 2006 i en preliminär utgåva. Den slutliga rapporten ska för första gången presenteras för Landstingsstyrelsen i december. Årsrapporten är en feedback som påverkar kommande års Landstingsplan.

Utvecklingsavdelningen vid landstingets huvudkontor, erbjuder stöd till vårdens enheter. Stöd ges bl.a. för verksamhets-/kvalitetsutveckling. Utvecklingsavdelningen leder genomförandet av de två projekt som nämns ovan. De intervjuade inom landstingsledningen ger uttryck för att uppgiften att införa ledningssystem enligt föreskriften SOSFS 2005:12 är svår och omfattande. En arbetsgrupp har nyligen tillsatts. Ännu saknas en tydlig strategi för hur ledningssystemet ska införas i landstinget.

Patientsäkerhetsprojektet anses vara mer konkret och avgränsbart. Arbetet leds av en projektledare inom utvecklingsavdelningen. Inom ramen för projektet har bl.a. utbildningsmaterial utarbetats, utbildningsaktiviteter genomförts och ett kontaktnät med ca. 100 patientsäkerhets-samordnare utsetts i verksamheten. Projektet har även utarbetat en beskrivning för hur en manuell *avvikelsehanteringsrutin* ska se ut i Landstinget Dalarna. Projektet innebär även att ett gemensamt IT-baserat avvikelsesystem ska införas. Systemet är upphandlat (sommaren 2006) och ska nu börja implementeras. Mer underlag beträffande Patientsäkerhetsprojektet finns i bilaga 1.

Vid landstingets vårdenheter finns med få undantag rutiner (i huvudsak manuella) för att leva upp till kraven på *lokala avvikelsehanteringssystem*. Dagens lokala system är inte enhetligt utformade i hela landstinget. Flera enheter som har besökts, har även *lokala kvalitetssystem*. Dessa system är inte heller enhetligt utformade även om de identifierade systemen samtliga bygger på den tidigare föreskriften (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i vården.

Inom psykiatrin finns en egen utvecklingsenhet. Enheten ger stöd och bedriver utvecklingsarbete inom de psykiatriska verksamheterna. Genom utvecklingsenhetens försorg finns en re-

gelbunden *kvalitetsuppföljning* inom psykiatrin. Dessutom har utvecklingsenheten stått för utarbetandet av ett psykiatrigemensamt kvalitetssystem enligt Socialstyrelsens tidigare föreskrift om kvalitetssystem i vården från 1996. Kvalitetssystemet finns tillgängligt via landstingets intranät. Utvecklingsenheten genomför även vissa uppföljningar/revideringar av psykiatrins gemensamma kvalitetssystem.

Tvärgrupperna har ett ansvar för att driva kvalitetsutveckling inom sina respektive områden. Tvärgrupper finns representerande specialiteter, sjukdomsgrupper, vårdformer och serviceverksamheter. Nyligen har landstingsdirektören preciserat tvärgruppernas uppdrag och begärt att grupperna ska föreslå *kvalitetsindikatorer* inom sina respektive grupper. Detta har dock inte hörtsammats av samtliga. Landstingsdirektören uppger att ca 1/5 av grupperna har börjat finna formerna för arbetet, ungefär en lika stor del har en tämligen passiv hållning till idén om tvärgrupper och resterande befinner sig någonstans däremellan. Inom Tvärgrupper finns även s.k. profilgrupper som mer konkret har hand om utarbetande av nya vårdprogram.

Inom Närsjukvården i Falun finns en kvalitetsgrupp (KUGG) som består bl.a. av verksamhetschef och läkare. Gruppen leder kvalitetsutvecklingsarbetet inom verksamheten, följer upp avvikelser och har även bland sina medlemmar fördelat bevakningsområden. Ansvariga för olika bevakningsområden (tex. SBU-rapporter) ska följa information inom området och vid behov föreslå ändringar i gällande rutiner utifrån detta. Arbetssättet bedöms som intressant utifrån att landstinget centralt även har tankar på att tillskapa en landstingsgemensam funktion för att hantera den nationella kunskapsstyrningen.

Landstingets ordinarie *budgetprocess* är naturligtvis en central del i ledningssystemet. I budgetprocessen anges styr signaler som ska påverka den vård som ges. I Landstingsplan för 2006 och 2007 kan man återfinna mål om att landstinget ska införa ledningssystem enligt den nya föreskriften. I Landstingsplan för 2007 års verksamhet återfinns även ett antal mer uttalade kvalitetsmål. Exempelvis anges att 80% av kliniker/vårdcentraler/basenheter vid utgången av 2007 ska använda det nyinrättade ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. Ett annat mål är att samtliga kliniker/vårdcentraler/basenheter ska ha formulerat mål för kvalitet och patientsäkerhet och redovisar resultaten i sin årsberättelse. Ytterligare ca tio övergripande kvalitetsmål (främst avseende strukturkvalitet) anges i Landstingsplan 2007.

Det saknas ännu en tydlig idé om hur beskrivna komponenter ska samverka i ett för landstinget övergripande och gemensamt ledningssystem. Detta är nästa steg på landstingets väg att uppfylla kraven i SOSFS 2005:12.

Kommentar

Det är tydligt att landstinget ännu inte helt funnit formen för hur ett ledningssystem enligt den nya föreskriften ska se ut. Ingen tydlig strategi för införande av ledningssystem finns ännu. Trots detta kan konstateras att landstinget redan har ett flertal komponenter på plats och som är betydelsefulla i ett ledningssystem. Dessutom har ett viktigt steg tagits genom att landstinget i sin senaste Landstingsplan formulerat ett flertal kvalitetsmål som lägger ut riktningen för arbetet med att införa ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Den Styrgrupp kvalitet som tillskapats är tänkt att ha en mycket central roll i arbetet med att styra hälso- och sjukvården. En väsentlig del i att få till ett fungerande styr- och ledningssystem är att data om vårdens funktion finns tillgängliga. Denna typ av data presenteras nu för första gången (mer heltäckande) i december månad.

2.1.1 Ledningssystemet ska förebygga vårdskador

Per definition saknas en beskrivning inom landstinget av ett ledningssystem i enlighet med den aktuella föreskriften (SOSFS 2005:12). En väsentlig förutsättning för att kunna förebygga och förhindra vårdskador är att det finns ett angreppssätt på och en tillämpning av ett aktivt riskförebyggande arbete. En generell iakttagelse från de intervjuer som genomförts är dock att det i dag inte sker ett systematiskt riskförebyggande arbete som i första hand är inriktat mot att förebygga vårdskador. Nuvarande system för styrning och ledning inom vården hanterar inte riskanalyser som ett specifikt styrmedel. Samtidigt saknas det dessutom tillgång till en för ändamålet relevant metod för genomförande av den här typen av riskanalyser.

Inom ramen för de tillämpade systemen för avvikelshantering görs avvikelseanalyser för att identifiera orsaker för att kunna förklara varför händelsen inträffade och som sedan i förlängningen kan leda till att rutiner förändras i syfte att förebygga att händelsen inträffar igen.

Slutsatsen är att det inte i den nuvarande ledningen av verksamheten sker ett systematiskt arbete i syfte att förebygga vårdskador. Samtidigt kan det dock inte bortses ifrån att det finns en generell strävan i verksamheten att utifrån omständigheterna mot att utforma en ändamålsenlig organisation med rutiner för genomförandet av bedömning/diagnos och behandling som skall säkerställa en god och säker vård.

2.1.2 Ledningssystemet ska utgå ifrån syftet med verksamheten, identifierade & prioriterade vårdbehov & vårdprocesserna (Vårdgivarens ansvar att känna till att detta fungerar)

Landstingets budget underbyggs sporadiskt med kunskapsunderlag utifrån vårdbehov och vårdens funktion. Det finns idag inte en tydlig systematik i detta arbete. Tvärgrupperna och deras arbete är viktiga delar i detta arbete liksom de kvalitetsredovisningar som sker. Däremot saknas en tydlig informationsmottagare för de kvalitetsdata som tas fram. Landstingsdirektören har visserligen begärt in kvalitetsdata från tvärgrupperna och ämnar sammanställa och redovisa detta till politikerna. Detta är intressant och viktigt. Framgent bör dock en översyn ske av vilka kvalitetsredovisningar som ska lämnas (vad ska de innehålla), när ska de lämnas, i vilken form (ska materialet vara rena sammanställningar av data såsom primärvårdens kvalitetsbokslut, eller ska det vara analyserat och finnas åtgärdsförslag) vem och hur presenteras data för politiker på ett för dem begripligt sätt? En annan fråga som återstår att lösa är hur denna typ av data systematiskt ska samlas in och analyseras för att utgöra ett bra beslutsunderlag för nästkommande budgetprocess. Det är viktigt att inte skapa parallella system. Ledningssystemet måste för att kunna fungera varaktigt innefatta landstingets budgetprocess.

Utifrån kravet i denna rubrik kan sägas att landstinget självfallet utgår ifrån verksamhetens syfte i sin planering och ledning av verksamheten. Systematiken i detta kan dock öka påtagligt.

2.1.3 Ledningssystemet ska vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning (Vårdgivarens ansvar)

Delkomponenterna som finns på övergripande nivå är anpassade till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning. Som redan beskrivits är bedömningen dock att ett sammanhållet, tydligt och integrerat ledningssystem på Lt-nivå saknas. Således är det inte inom området in-

riktning/omfattning som utvecklingsarbete behövs utan snarare beträffande samordning och samverkan mellan delkomponenter.

På verksamhets-/enhetsnivå finns flera exempel på tydliga sammanhållna kvalitetssystem vilka även dessa i huvudsak bedöms vara ändamålsenliga sett till storlek och omfattning. Inriktningen och utformningen av dessa bygger idag främst på SOSFS 1996:24. En anpassning till den nya föreskriften är dock nödvändig för de enheter som sedan tidigare har kvalitetssystem. Det finns också ett flertal verksamheter vilka idag helt saknar kvalitetssystem. För att hjälpa enheter att skapa kvalitetssystem bör landstinget, inom sitt centrala projekt för att införa ledningssystem, utarbeta riktlinjer som anger en "Landstinget Dalarna-standard" för lokala styrssystem vilka även uppfyller kraven om ledningssystem.

2.1.4 Ledningssystemet ska utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp

I landstingets verksamhetsplan för 2006 finns mål som anger att mål ska tas fram för det systematiska kvalitetsarbetet. I motsvarande plan för 2007 finns övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Dessutom anges ett flertal kvalitetsmålområden enligt texten i författning om "God vård". Enligt denna definieras god vård som vård som har följande egenskaper: evidensbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, ges i rimlig tid. Verksamheternas verksamhetsplaner är inte fullt ut klara än för 2007.

Genomgående är vår bild att arbetet med mål och uppföljning av mål kommit längre i relationen verksamhetsledning (tex. länssjukvården) - underliggande enheter än i relationen landstingsledning/politiska mål - verksamhetsledning. Ett exempel på detta är att det är svårt att se en tydlig koppling mellan landstingets övergripande verksamhetsplan och de som upprättas på lägre nivåer. Tydligare kopplingar finns däremot i relationen verksamhetsledning - underliggande enheter. Tillämpning av balanserade styrkort har här fått ett tydligt genomslag.

Dokumentationen sker genom upprättande av verksamhetsplaner. Uppföljningen behöver dock utvecklas för att ge underlag för trovärdiga uttalanden om måluppfyllelse.

2.1.5 Ledningssystemet ska vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen

Utgångspunkten är att det för närvarande saknas definierade och införda ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Per definition försvårar detta förhållande möjligheten att bedöma i vilken grad ledningssystemet är förankrat bland medarbetarna.

Det som däremot är möjligt att konstatera även om det inte finns ett ledningssystem i sig så finns merparten av de komponenter som ska ingå i ett ledningssystem i verksamheten. Huvuddelen av verksamhetens operativa genomförande styrs av dokumenterade vårdprogram, riktlinjer och rutiner. De intervjuer som genomförts med representanter för hälso- och sjukvårdspersonalen ger stöd för bedömningen att de rutiner som finns är väl kända och förankrade hos personalen. En viktig iakttagelse i denna granskning är att föreskriften om ledningssystem och vad den ställer för krav inte tycks vara särskilt känd i verksamheten.

2.1.6 Verksamhetschefer ska (inom ramen för LT-ledningssystem): - ta fram, fastställa & dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

- *ansvara för att mål formuleras på enheten och för att dessa nås*
- *ansvara för uppföljning och analys för att kunna vidta åtgärder så att verksamheten kan förbättras*

Kvalitetssystem finns på flera enheter, främst är dessa baserade på den föreskrift om kvalitetssystem i vården som gällde tidigare, SOSFS 1996:24. I enkäten som genomförts uppger ca hälften av de 77 verksamhetschefer som svarat att de har kvalitetssystem. Vi menar dock att detta är en överskattning av det verkliga antalet som idag lever upp till den nya föreskriften. Kunskapen om vad som föreskrivs i SOSFS 2005:12 är i många fall inte tillräcklig. Flera områden har tillkommit eller ändrats. Självfallet är det en stor fördel att ha ett kvalitetssystem enligt den tidigare föreskriften. Stora delar är då redan på plats vid revidering/uppdatering till den nya föreskriftens krav.

Mål finns vid de flesta av de besökta enheterna. I enkäten uppger ca. ¼ av de svarande verksamhetscheferna att deras verksamhet saknar kvalitetsmål. Beträffande uppföljning och utvärdering av mål finns klara förbättringsmöjligheter.

Målen har genomgående en svag koppling till verksamhetens syfte, vilket de ska ha enligt tidigare genomgång ovan.

2.1.7 Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

2.1.7.1 Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder

Detta område förefaller inte särskilt utvecklat i meningen att hälso- och sjukvårdspersonalen i allmänhet deltar i denna typ av arbete. Vi har dock inte specifikt granskat denna del.

2.1.7.2 Risk och avvikelshantering

Det har framkommit få exempel på enheter som arbetar med riskanalyser. Vid de enheter som uppgivit att riskanalyser görs är det oklart i vilken grad hälso- och sjukvårdspersonalen deltar i arbetet.

Det absoluta flertalet enheter arbetar däremot med avvikelshantering. Rutinerna är helt baserade på avvikelserapportering via hälso- och sjukvårdspersonalen.

2.1.7.3 Uppföljning av mål och resultat

Hälso- och sjukvårdspersonalen deltar i detta i meningen att de tar del av information om mål och resultat som presenteras tex. vid arbetsplatsträffar. I en mer aktiv mening har det inte framkommit att hälso- och sjukvårdspersonalen i allmänhet följer upp mål och resultat.

2.1.8 Kommentarer

Framgent bör en översyn ske av vilka kvalitetsredovisningar som ska lämnas (vad ska de innehålla), när ska de lämnas, i vilken form (ska materialet vara rena sammanställningar av data såsom primärvårdens kvalitetsbokslut, eller ska det vara analyserat och finnas åtgärdsförslag), hur presenteras data för politiker på ett för dem begripligt sätt? En annan fråga som återstår att

lösa är hur denna typ av data systematiskt ska samlas in och analyseras för att utgöra ett bra beslutsunderlag för nästkommande budgetprocess. Klara steg i denna riktning har tagits i och med tillskapandet av Styrgrupp kvalitet och den årsrapport för Hälso- och sjukvården som i skrivande stund bereds.

Intervjuerna har skett med några förtroendevalda från Landstingsstyrelsen. De förtroendevalda har behov av mer information om den faktiska kvaliteten i vården än vad de hittills erhållit. Även detta understryker att skapandet av Styrgrupp kvalitet, kvalitetsuppföljning och publiceringen av kvalitetsrapporter om hälso- och sjukvården är viktiga steg åt rätt håll.

För att hjälpa enheter att skapa kvalitetssystem bör landstinget, inom sitt centrala projekt för att införa ledningssystem, utarbeta riktlinjer som anger en ”Landstinget Dalarna-standard” för lokala styrsystem vilka även uppfyller kraven om ledningssystem.

Genomgående är vår bild att arbetet med mål och uppföljning av mål kommit längre i relationen verksamhetsledning (tex. länssjukvården) - underliggande enheter än i relationen landstingsledning / politiska mål – verksamhetsledning. Uppföljningen behöver dock utvecklas för att ge underlag för trovärdiga uttalanden om måluppfyllelse.

En viktig iakttagelse i denna granskning är att föreskriften om ledningssystem och vad den ställer för krav inte tycks vara särskilt känd i verksamheten.

Ca ¼ av de svarande verksamhetscheferna uppger att deras verksamhet saknar kvalitetsmål. För enheter som har kvalitetsmål finns genomgående en svag koppling till verksamhetens syfte, vilket ska finnas enligt den nya föreskriften om ledningssystem.

2.2 Områden som omfattas och där rutiner ska finnas

2.2.1 Bemötande av patienter

I enkäten har 1/3 verksamhetscheferna som svarat uppgivit att rutiner saknas för att säkerställa ett bra bemötande av patienter. Vid flera besökta enheter har framkommit att de har egna kvalitetssystem. Vi har dock inte kunnat konstatera att något av dessa lokala kvalitetssystem, under en separat rubrik, innehåller rutiner för bemötande av patienter. Det finns dock på medicinkliniken inom Mora Lasarett policydokument för bemötande. Sannolikt ger enkätresultatet en underskattning av antalet enheter som saknar denna typ av rutiner enligt den nya föreskriften.

2.2.2 Hur metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, tillämpas och förändras.

Ett av de krav som riktas mot ledningssystemet är att det ska innehålla dokumenterade rutiner för att styra och utvärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling.

Generellt tycks det vara så att skriftliga rutiner för hur nya metoder ska implementeras saknas. Det har inte heller framkommit att det finns ett systematiskt angreppssätt kring hur nya eller reviderade vårdprogram ska införas.

2.2.3 Hur kompetens upprätthålls bland personal

Utifrån verksamheters styrkort finns fokus på kortsiktig kompetensutveckling. Kopplingar kan också göras till att kompetensutvecklingen ska ske utifrån verksamhetens behov. Ett ytterligare steg kring detta tycks ambulanssjukvården ha tagit. Årligen genomförs ett kunskapstest för ambulanspersonalen kring gällande behandlingsriktlinjer. Ambulansöverläkaren initierar också regelbundna utbildningar med personalen utifrån testen och utifrån journaluppföljning.

Enkäten ger vid handen att ca 60% av verksamheterna har denna typ av rutiner.

2.2.4 Rutiner för samverkan och samarbete.

I enkäten har närmare $\frac{3}{4}$ av de svarande uppgett att deras verksamhet har rutiner för samverkan och samarbete.

Det tycks finnas samarbetsöverenskommelser med länets kommuner kring samordnad vårdplanering. Enligt en rapport från Dalarnas forskningsråd genomförd 2004, finns trots detta uppenbara brister i samverkan mellan den slutna vården och äldreomsorgen i kommunerna.

Samverkan inom olika delar av vården i landstinget har fått ett gott stöd genom tillkomsten av ett gemensamt remisshanteringssystem. Systemet länkar samman vårdenheter i vårdkedjan genom det kvitteringsförfarande som sker i systemet. Vid intervjuer framkommer också att det ibland brister i upprättandet av skriftliga vårdplaner.

2.2.5 Rutiner för identifikation av risker

Knappt hälften av de svarande i enkäten uppger att deras verksamhet har rutiner för identifikation och hantering av risker. Vid några av de besökta enheterna bekräftas att sådana rutiner finns och används. Vid flertalet av de besökta enheterna är dock intrycket att denna typ av rutiner inte existerar eller är bristfälliga.

2.2.6 Rutiner för avvikelshantering.

För närvarande genomförs det landstingsövergripande projektet som syftar till att utveckla avvikelshanteringens samt att införa ett för landstinget gemensamt system. Den aktuella avvikelshanteringens sker med hjälp av olika lokala system. En iakttagelse från intervjuerna är att det finns olika tillvägagångssätt för att genomföra avvikelshanteringens. På t ex reumatologen på Falu lasarett tillämpas ett datoriserat system för hantering av avvikelser. I systemet registreras sk ”strulrapporter” och klagomål. Alla avvikelser passerar verksamhetschefen som har att ta ställning till om avvikelserna ska lämnas över till Lex Maria-ansvarig. På enheten redovisas fortlöpande utfallet av avvikelser på arbetsplatsträffar. Möjligheter finns att sammanställa avvikelserapporteringen.

I övrigt framkommer en bild av en i huvudsak manuellt hanterad avvikelshantering. Där sk strulrapporter skrivs och sätts in i en pärm. Det finns interna rutiner för hur varje enskild rapport ska hanteras internt via enhets- och verksamhetschef. Inom ambulanssjukvården finns ett manuellt pappersbaserat avvikelssystem och ett digitalt system för avvikelser rörande medicinskt tekniskt utrustning.

Grundproblemen i de flesta fall där manuella system hanteras är att det inte sker någon systematisk sammanställning av avvikelser, begränsade analyser av inträffade avvikelser och ständig risk för underrapportering.

Vidare framkommer i intervjuerna en medvetenhet om risken för underrapportering av avvikelser. På flera av enheterna har man uppmärksammat detta och diskuterat olika möjligheter att skapa ett mer positivt rapporteringsklimat. Det är dock svårt att se om detta haft någon egentlig effekt. En av enheterna Gagnefs vårdcentral har man i syfte att påverka rapporteringsklimatet infört ett ”symboliskt” pris som utfaller till den som under en period rapporterat flest avvikelser. Inom Närsjukvården i Falun genomförs särskilda ”avvikelseveckor” då verksamheten fokuserar på avvikelshanteringen.

Granskningen ger stöd för slutsatsen, att det pågående arbetet kring införandet av en gemensam metodik för och ett gemensamt IT-stöd för avvikelshantering, är ett mycket angeläget utvecklingsområde.

2.2.7 Rutiner för försörjning av tjänster, produkter och teknik

Detta är ett svagt område enligt enkätresultatet. Även våra platsbesök bekräftar detta. Endast vid någon av de besökta enheterna innehåller det lokala kvalitetssystemet rutiner med bäring på detta. Rutinbeskrivningarna är dock sparsmakade och täcker inte in det som avses enligt föreskriften.

2.2.8 Rutiner för spårbarhet i dokumentation gällande patienter.

Med spårbarhet menas i detta sammanhang att åtgärder som rör en enskild patient ska kunna spåras och identifieras i dokumentationen. Patientjournalen är den viktigaste bäraren av patientinformation. Ett grundkrav är att journalen ska medge uppföljning av hur behandlingen har genomförts och vilket resultat som uppnåtts. Ledningssystemet ska säkerställa att dokumentationen kan genomföras på ett sådant sätt att det tydligt framgår vad som gjorts med patienten och hur det har utfallit.

Sjukhusvården och primärvården har var sitt gemensamma datasystem för patientjournaler Melior (sjukhus) respektive ProfDoc (primärvården). Tillgången till en datajournal ger normalt sett en gynnsam utgångspunkt för informationshanteringen. Systemen i sig garanterar dock inte att en ändamålsenlig information kan tas ut. Förutsättningen är att det har klargjorts vilken information verksamhet behöver för att kunna följa upp verksamheten, hur den ska dokumentera samt att det har skapats förutsättningar i systemet för uttag av denna information.

Utav de enheter som har ingått i granskningen framstår Reumatologen vid Falu Lasarett som ett positivt exempel på hur patientjournalen kan utvecklas och användas som stöd för en ändamålsenlig informationshantering. Ett grundläggande arbete har dock gjorts av kliniken i samband dels med att Melior infördes och dels fortlöpande för att utveckla och anpassa systemet utifrån klinikens behov.

2.2.9 Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

Landstinget har ännu inte, som konstaterats ovan, något väldefinierat och allmänt känt ledningssystem på övergripande nivå. Följaktligen har heller inga övergripande utvärderingar av ledningssystemet framkommit.

På verksamhetsnivå finns exempel på detta. Exempelvis har psykiatrins gemensamma kvalitetssystem rutiner för uppföljning och förbättring. Det är dock inte helt klarlagt i vilken grad dessa rutiner tillämpas i praktiken och defacto förbättrar verksamheten.

Många verksamheter ser det som en naturlig del i den löpande översynen av verksamheten att se över rutiner och vårdprocesser. Det framkommer dock inte någonstans att man går så långt (som föreskriften anger) att systematiska och regelbundna granskningar sker och att resultatet av dessa granskningar, liksom genomförda förbättringar, dokumenteras.

2.2.10 Kommentarer

I enkäten har 1/3 av de svarande uppgivit att rutiner saknas för att säkerställa ett bra bemötande av patienter. Sannolikt ger enkätresultatet en underskattning av antalet enheter som saknar denna typ av rutiner enligt den nya föreskriften.

Generellt tycks det vara så att skriftliga rutiner för hur nya metoder ska implementeras saknas. Det har inte heller framkommit att det finns ett systematiskt angreppssätt kring hur nya eller reviderade vårdprogram ska införas. En ansvarsmässig oklarhet tycks råda mellan linjens ansvar och Tvärgruppernas ansvar i denna del.

Vid flertalet av de besökta enheterna är intrycket att rutiner för identifikation av risker inte existerar eller är bristfälliga.

Även om det stora flertalet enheter har rutiner för avvikelshantering saknas en systematisk sammanställning av avvikelser. Endast begränsade analyser sker och det finns en ständig risk för underrapportering av avvikelser. Granskningen ger stöd för slutsatsen, att det pågående arbetet kring införandet av en gemensam metodik för och ett gemensamt IT-stöd för avvikelshantering, är ett mycket angeläget utvecklingsområde.

Rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring saknas i hög grad.

3 Genomgång av övriga revisionsfrågor

I detta avsnitt tas de delar av granskningsfält upp, vilka inte automatiskt avhandlats när materialet strukturerats enligt föreskriften SOSFS 2005:12.

3.1 Vårdprogram och kvalitetsregister

I detta revisionsprojekt har specifikt studerats arbetet med följande vårdprogram och matchande kvalitetsregister:

- Länssjukvården somatisk vård: Riks-Höft och Riks-HIA
- Länssjukvård psykiatrisk vård: Psykos och Bipolär sjukdom
- Närsjukvård: AVK/blodförtunnande och Diabetes

3.1.1 Riks-Höft och Riks-HIA

Inom den somatiska länssjukvården finns ett stort antal vårdprogram. För både höftledspatienter och patienter med akut hjärtsjukdom finns etablerade vårdprogram i landstinget. Beträffande dessa båda patientgrupper finns också matchande nationella kvalitetsregister (Riks-Höft respektive Riks-HIA).

Ortopediska kliniken i Falun är ansluten och rapporterar löpande till Riks-Höft. Rapporteringen sker sidoordnat från journalsystemet. Utvecklingsarbete pågår i Svensk ortopedisk förenings regi om att skapa digital överföring av uppgifter från journalsystem till det nationella kvalitetsregistret. Användandet av kvalitetsdata (tex. jämförelser med andra kliniker/landsting) är upp till varje klinik. I Falun försöker man ha en sådan diskussion varje år. Att ta till sig ändringar utifrån gjorda jämförelser och faktiskt implementera nya arbetssätt vid behov sker utifrån varje kliniks förutsättningar.

Beträffande Riks-HIA är samtliga länets sjukhus anslutna. Andelen rapporterade infarkter varierar mellan sjukhusen. Nivån ligger mellan 70 – över 90%, vilket innebär att Dalarnas kliniker ligger mycket väl till i en jämförelse av rapporteringsgraden i landet. Det är idag inte möjligt att digitalt överföra kvalitetsregisterdata direkt från sjukhusens journalsystem. Varje år publiceras en central offentlig årsrapport med jämförelser över landet. Respektive klinik ansvarar för uppföljning av sina resultat, med värdering av relevansen i resultaten i förhållande till verksamheten och den vetenskap som ligger till grund för våra vårdprogram. Utfallen i kvalitetsregistren är inte alltid så lätta att tolka med hänsyn till t ex olika registreringsförfaranden på olika sjukhus, olika lokala organisationsskillnader, statistiska osäkerheter i resultaten etc. Det är upp till respektive verksamhetschef att se till att behov av förändringar leder till ändringar i vårdprogram och att dessa ändringar defacto efterlevs i praktiken.

3.1.2 Vårdprogram och kvalitetsregister inom psykiatrin

Inom Landstinget Dalarna tycks psykiatrin, liksom i riket i stort, inte ha kommit lika långt i att utveckla och implementera vårdprogram. Psykiatrin i Dalarna är dock i färd med att ta fram vårdprogram. Beslut har fattats att ta fram vårdprogram för ”Barn till psykiskt sjuka föräldrar” (klart), Subutexbehandling (klart), Psykossjukdomar (klart under hösten), Suicidnära (klart under hösten), Neuropsykiatriska funktionshinder (klart 1 nov) och Ätstörningar (våren 07). Flera andra vårdprogram är också under utarbetande.

Vårdprogrammet för Ätstörningar är utformat för att definiera även de uppgifter som ska lämnas vidare till det nationella kvalitetsregistret RIKS-ÄT. För övriga vårdprogram inom psykiatrin finns ännu inte denna koppling. Psykiatrins journalsystem är idag inte utformat för att underlätta datafångst och digital överföring av uppgifter till kvalitetsregister. Enligt psykiatrisamordnaren är resultatrapportering/utdata från de nationella kvalitetsregistren inom psykiatrin (tex. RIKS-ÄT) ett svagt område. Idag saknas således inom dalarnas psykiatri, rutiner för att löpande säkerställa att förbättringsbehov identifierade via kvalitetsregisterjämförelser leder till faktiska förbättringar i verksamheten.

3.1.3 AVK¹/blodförtunnande och Diabetes

För AVK finns ett särskilt vårdprogram. Programmet har karaktären av en sk kunskapskälla. Om vårdprogrammet följs erhålls de uppgifter som krävs för inrapporteringen till kvalitetsregistret. Det finns inta nationella riktlinjer för AVK. För patienterna inom AVK görs en årlig kontroll (årskontrollen). Primärvårdens journalsystem Prof Doc ger grunddata till årskontrollen men uppgifter behöver kombineras med specifika uppgifter som inhämtas av behandlaren en gång per år. Sjukhusvårdens program "Journalia" fungerar på motsvarande sätt som primärvårdens. Uppföljning av vårdprogrammet är verksamhetschefens ansvar. Uppgifterna efterfrågas i primärvårdens bokslut. Vårdprogramsgruppen har inget uppdrag att hantera avvikelser t.ex. när rapportering från enheter uteblir.

För diabetesvården i Dalarna finns tre lokala vårdprogram; Norra och västra Dalarna, Falun och södra Dalarna. För diabetesvården finns ett nationellt diabetesregister (NDR). Lantstinget Dalarna har ett eget "kvalitetsregister" varifrån uppgifterna sedan förs över till NDR. Vid medicinmottagningarna och vid vårdcentralerna sker årligen en registrering av alla diabetiker i databasen (registret) tillsammans med ett antal medicinska uppgifter. Uppgifterna förs sedan över till NDR. Landstinget Dalarna tillhör de län i landet som har högst andel registrerade patienter i NDR. Östergötlands län har den högsta andelen och därefter kommer Dalarnas län.

3.2 Vilken attityd har verksamheten till det systematiska kvalitetsarbetet (t ex till inträffade fel, patientklagomål och incidenter)?

En generell bild som framkommer utifrån intervjuerna är att det inom verksamheterna finns en generell positiv attityd till ett systematiskt kvalitetsarbete. Alla enheter har ett mer eller mindre utvecklat förhållningssätt till inträffade fel och patientklagomål. Det som saknas är ett mer systematiskt arbete som syftar till att utveckla och följa upp kvaliteten.

På Reumatologen finns en särskild kvalitetsgrupp som är tvärprofessionell och där kvalitetsfrågor diskuteras och hanteras. Det sker även en form av kollegial granskning (kvadrantrevision) för att identifiera fel och förbättringsmöjligheter. Vårdcentralen i Mora har reaktiverat sin kvalitetsgrupp som bl a arbetar med förbättringar utifrån avvikelssystemet. En motsvarighet till detta finns i "KUGG-gruppen" som finns inom primärvården i Falun.

På flera av enheterna finns olika exempel på åtgärder som syftar till att utveckla ett positivt klimat/förhållningssätt till avvikelserapportering. Exempel på detta utgörs av avvikelsevecka, positiv uppmärksamhet av den som skriver flest avvikelser m m.

3.3 Kommentarer

Intrycket från genomförda intervjuer på vårdenheter och med tvärgruppsordföranden är att vårdprogram / kvalitetsregister finns och används i relativt hög grad i Dalarna. Tydligast är detta för patienter med akut hjärtsjukdom och för diabetespatienter. För båda dessa grupper står sig landstinget mycket väl i en jämförelse av rapporteringsfrekvens / anslutningsgrad. I övrigt saknas däremot mätetal för att bekräfta detta. Landstingsdirektörens direktiv om att uppgifter om anslutningsgraden ska rapporteras från alla tvärgrupper är därför viktigt. Inom psykiatri är arbetet med vårdprogram / kvalitetsregister i stark utveckling. Ett flertal vårdprogram har alldeles nyligen arbetats fram och ska nu implementeras.

¹ Anti-Vitamin K

Arbetet med att systematiskt samla in kvalitetsdata inom dessa områden, och än mer att använda dessa data systematiskt för att styra och utveckla vården, är i sin linda. Detta motsäger inte att det inte inom enskilda specialiteter / kliniker sker ett systematiskt arbetet för att utveckla kvaliteten. Det som är i sin linda är att detta även integreras i landstingets formella styrprocess, vilket ska ske enligt föreskriften om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. En viktig del i detta bedöms vara att i praktiken klargöra vilken roll Tvärgrupperna ska ha tex. avseende kvalitetsutvecklingen. Mer om detta i nästa kapitel.

4 Vad bör landstinget göra för att komma vidare i sitt införande av ledningssystem?

Det råder oklarhet om vad som i praktiken förväntas enligt Socialstyrelsens nya föreskrift. Trots att föreskriften SOSFS 2005:12 tydligt anger vissa ramar för ett ledningssystem och även preciserar åtta områden inom vilka det ska finnas rutinbeskrivningar återstår att i praktiken forma ett tydligt ledningssystem i Landstinget Dalarna. Föreskriften är ännu relativt ny och det finns litet av praxis på området att hämta från andra landsting.

En av de viktigaste utmaningarna är att skapa ett ledningssystem som dels uppfyller föreskriftens krav dels integrerar, och interagerar med, landstingets budgetprocess. I det fall detta inte sker finns en uppenbar risk för stora administrativa pålagor genom att parallella styrsystem då skapas.

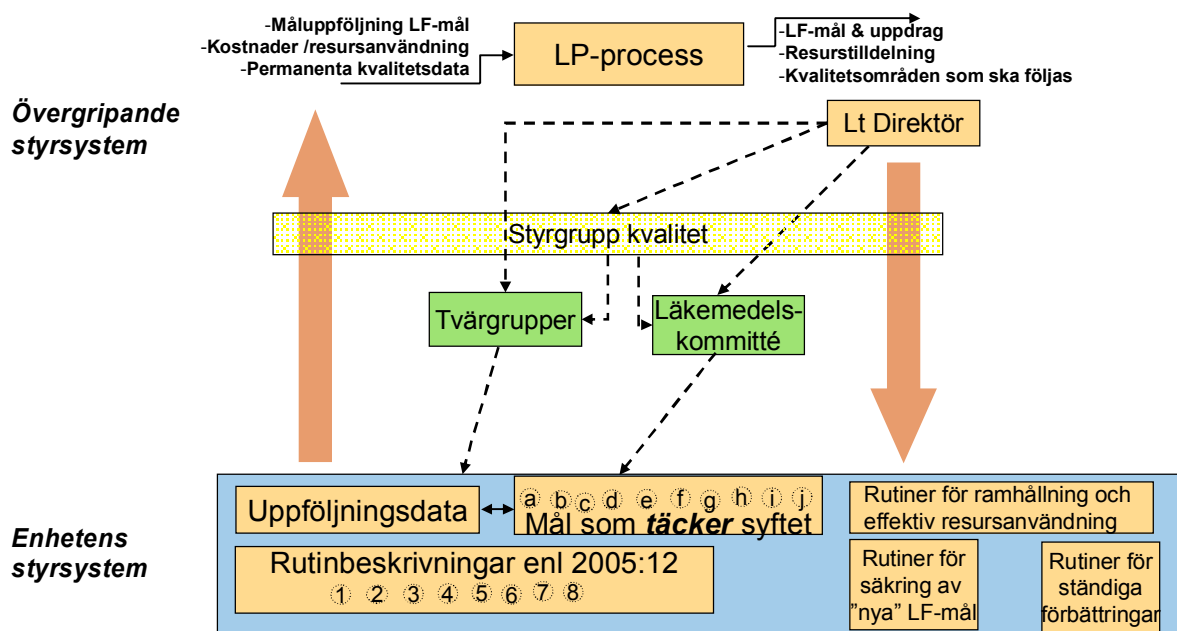
Vi kommer i det följande att i en konstruktiv anda försöka beskriva de åtgärder landstinget bör vidta för att utveckla sitt styrsystem och därigenom leva upp till Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Genomgående tas utgångspunkt i de iakttagelser / brister som tidigare beskrivits.

Inom landstinget har ett arbete initierats för att forma införandet av ett Ledningssystem enligt krav i Socialstyrelsens nya föreskrift. Den nya föreskriften ställer långtgående krav på landstingets styrsystem. Införandet av ett Ledningssystem bör därför samordnas med en översyn av Landstinget Dalarnas styrsystem i stort (åtminstone avseende hälso- och sjukvården). I detta arbete behöver följande klargöras:

- Vad som krävs i form av mål, rutinbeskrivningar, uppföljning och egen utvärdering/ständiga förbättringar på enhetsnivå (lokalt ledningssystem)
- Hur verksamhetsmål, ytterst från Landstingsfullmäktige, ska utarbetas i landstingets Verksamhetsplanprocess och hur dessa mål ska kanaliseras vidare ut i verksamheten och säkras
- Hur de stödjande strukturer som landstinget har (Tvärgrupper och Läkemedelskommitté) ska stödja att verksamhetsmål uppnås och hur detta formellt ska kunna inarbetas i Ledningssystemet.

Ett förslag till grov styrsystemsmodell, vilken integrerar kraven enligt SOSFS 2005:12, presenteras i nedanstående schematiska bild. Våra vidare kommentarer och rekommendationer kommer att relateras till bilden över ett tänkt styrsystem för Landstinget Dalarna.

Styrssystem (och Ledningssystem enl. SOSFS 2005:12)



4.1 Övergripande styrsystem

Ryggraden i det styrssystem som tillämpas i Landstinget Dalarna utgörs av beredningen av och verkställigheten av Landstingsplanen. Landstingsplanen lyfter fram vad verksamheten, utifrån fullmäktiges prioriteringar, förväntas uppnå på kort och lång sikt tillsammans med att resurser fördelas till olika ändamål. På respektive ansvarsnivå inom vården finns det inom ramen för landstingets styrssystem en hantering av de styrsignaler som övergripande nivå ger. Länssjukvården, Närsjukvården och enheterna utformar verksamhetsplaner som ger uttryck för vad som ska uppnås, hur det ska gå till och vad som ska följas upp. Syftet med styrkedjan är att gradvis omvandla de styrsignaler i form av mål, uppdrag och resurser som landstingsfullmäktige fastställt i Landstingsplanen till en genomförbar och ändamålsenlig verksamhet. Ett förhållande som försvårar spårbarheten i styrkedjan utgörs av att verksamhetsplanerna upprättas utifrån principerna för sk balanserat styrkort medan landstingsplanen har en annan struktur. Styr sambandet blir därför tydligare inom hälso- och sjukvården än mellan fullmäktige och hälso- och sjukvården.

En konsekvens av de krav som ställs på ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt SOSFS 2005:12 är att dessa krav måste bli integrerade i styrsystemet som utgår ifrån Landstingsplanen. Syftet med föreskriften är att koppla ihop styr- och ledningsperspektivet med patientperspektivet. Genomförandet av hälso- och sjukvårdens övergripande uppdrag förutsätter samtidigt att varje patient vid varje tillfälle kan erbjudas en god och säker vård på ett kostnadseffektivt sätt. Av den anledningen måste det finnas ett tillämpat ledningssystem på den nivå där vården bedrivs som dels kan fånga upp de lokala mål och förutsättningar i övrigt som fastställs av landstingsfullmäktige och dels de i olika författningar uttryckta nationella styrsignalerna beträffande vården. Enligt föreskriften ska det vid planering, utförande och uppföljning genom ett systematiskt kvalitetsarbete skapas sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och

kostnadseffektivitet. Särskilt uttalade krav som ställs är att vården i ökad omfattning måste arbeta med att systematiskt förebygga vårdskador. Ytterligare en viktig aspekt är att ny kunskap som leder till förbättringar av diagnostik och behandling måste kunna genomföras på ett samordnat sätt så att det inte uppstår för stora variationer i praxis.

Det krav som ställs på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innebär alltså inte att ett separat system ska skapas utan det ska integreras i det styr- och ledningssystem som organisationen redan har. Vårdgivaren (landstinget) ska fastställa de övergripande målen för kvalitet och patientsäkerhet och fortlöpande följa upp och utvärdera målen. Ledningen för verksamheten bör samtidigt tydliggöra hur kravet på ledningssystem ska hanteras inom landstingets styrsystem. Ytterst handlar det om att planeringen, genomförandet och uppföljning av verksamheten ska innefatta de områden som föreskriften definierar. För dessa områden måste det sedan finnas tydliggjorda tillvägagångssätt i form av t ex dokumenterade processer, rutiner m m och mätbara mål tillsammans med en fortlöpande uppföljning.

I praktiken måste därför varje enhet inom vården inledningsvis systematiskt inventera de områden som omfattas av föreskriften för att identifiera dels om det finns rutiner och nödvändig uppföljning, dels om rutinerna och uppföljningen är tillräcklig. Därefter övergår åtgärderna, inom ramen för den ordinarie styrningen och ledningen av verksamheten, till att underhålla och utveckla det lokala ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. Lämpligen sker det inom den årliga planerings- och styrprocessen. I planeringsfasen då verksamhetsplanen upprättas bör en avstämning göras av om kritiska processer och rutiner är ändamålsenliga och om uppföljningen av dessa är tillräcklig. Samtidigt bör det fastställas vilken uppföljning av tillämpningen av rutinerna som skall göras under året och hur dessa uppföljningar ska genomföras d v s en uppföljningsplan. Det är enligt vår bedömning väsentligt att denna avstämning faktiskt görs och att plan för uppföljning fastställs vilket motiverar att en rapportering av detta sker till ledningen.

Förenklat skulle integrationen mellan ledningssystem och styrsystem sammanfattas på följande sätt:

- Inledningsvis görs en inventering av befintliga rutiner och förutsättningar för följsamheten till föreskriften i övrigt. Vid behov sker kompletteringar. Förslagsvis förtecknas de rutinerna i förhållande de krav som finns i föreskriften.
- När detta har gjorts övergår hanteringen av ledningssystemet till den ordinarie planerings- och styrprocessen. En bedömning görs då i samband med verksamhetsplaneringen av eventuella behov av förändring och utveckling av rutiner och av vilken uppföljning av tillämpningen som ska göras under året.
- Respektive enhet bekräftar till ledningen att en avstämning av rutinerna har gjorts och vilken uppföljning som kommer att göras.
- En lokal kvalitetsgrupp eller motsvarande kan förslagsvis ansvara för utveckling och underhåll av enhetens ledningssystem.

Det tillvägagångssätt som har beskrivits här skulle kunna ses som en del av den interna kontrollen. Samtidigt är det också ett inslag i verksamhetens kvalitetsstyrning (kvalitetssäkring). Det mest väsentliga är dock inte benämningen på aktiviteterna som har beskrivits utan snarare att de faktiskt genomförs och ses som ett naturligt inslag i den ordinarie styrningen och ledningen av verksamheten.

Landstingets styrning med utgångspunkt ifrån Landstingsplanen integrerar mål, utförande, resurser och uppföljning. I tjänstemannaorganisationen definieras linjeansvaret för verksamheten. Det som sannolikt behöver tydliggöras är direktiv om hur ledningssystemet för kvalitet skall integreras i landstingets styrsystem. Detta kan tydliggöras med hjälp av en beskrivning av landstingets styr- och ledningssystem och de delar och huvudsakliga aktiviteter som ingår i systemet.

För att ledningssystemet ska kunna tillföras viktiga förutsättningar inom centrala områden som t ex metoder för diagnostik, vård och behandling och uppföljning av dessa behövs en stödjande struktur för kunskapsstyrning. I landstingets nuvarande organisation finns tvärgrupperna och läkemedelskommittén som utgör viktiga stabs- och stödfunktioner som sätter ramar och ger riktlinjer för verksamheten. Dessa funktioner kan betraktas som att de ingår i en gemensam struktur för kunskapsstyrning inom landstinget. Den roll som läkemedelskommittén har är författningsstyrd medan tvärgrupperna har tillkommit utifrån ett internt initiativ. Det är därför viktigt att tvärgruppernas uppdrag, ansvar, befogenheter och roll tydligt definieras. Tvärgrupperna har bl a en väsentlig roll när det gäller utveckling och förvaltning av vårdprogram. Särskilt viktiga uppgifter för tvärgrupperna förutom att ta fram och revidera vårdprogram bör vara stöd till och uppföljning av implementeringen av dessa men även att följa upp de resultat som framkommer i kvalitetsregistren. Det är i detta sammanhang viktigt att klara ut vem tvärgrupperna rapporterar till och hur avvikelser ska hanteras.

Vi menar att tillskapandet av Tvärgrupper och förtydligade uppdrag till dessa är ett viktigt steg åt rätt håll. För att systematiskt få detta att fungera bör dock Tvärgruppernas roll i landstingets styrmodell klargöras. Tvärgrupper ska (vilket redan ligger som uppdrag till dem) rapportera kvalitetsdata till Styrgrupp kvalitet. Styrgruppen bör utifrån detta (antingen via budgetprocess, eller genom en mer direkt styrning) ange vilka områden som ska prioriteras avseende kvalitetsförbättringar. Det faktum att Tvärgrupperna inte ingår i linjeorganisationen men samtidigt har en nyckelroll i kvalitetsförbättring innebär att styrsignalerna som ges måste delas upp. Tvärgrupper kan ges ett utvecklingsuppdrag (t ex i Landstingsplanen) att ta fram ett nytt vårdprogram, bistå med implementering i vissa avseenden. Denna typ av uppdrag bör betraktas som utvecklingsprojekt och ha en separat finansiering.

Ett direkt uppdrag att förbättra vårdkvaliteten för en viss patientgrupp kan endast ges i linjeorganisationen, men även detta bör ges i arbetet med Landstingsplanen.

De rutinbeskrivningar som ska finnas enligt den nya föreskriften är i många fall tvärgående, dvs. de är gemensamma för vården. Utvecklingen av gemensamma riktlinjer för dessa rutiner bör med fördel kunna ske samordnat. Rutinerna implementeras sedan lokalt. Projektet för avvikelsehantering kan ses som ett exempel på ett sådant arbete.

4.2 Enhetens styrsystem

4.2.1 Rutinbeskrivningar

I Landstinget Dalarna finns i varierande grad rutinbeskrivningar för de åtta områden som stipuleras enligt föreskriften. Sammantaget kan konstateras, vid en strikt bedömning utifrån gällande föreskrift, att inga enheter fullt ut lever upp till kraven. Vår bedömning är trots det att Landstinget Dalarna relativt väl skulle hävda sig vid en jämförelse mellan landets landsting.

De enheter som utarbetat kvalitetssystem enligt den tidigare gällande föreskriften har dock rutinbeskrivningar för flera av de områden som tas upp i den nya föreskriften. Inom följande av dessa områden bedöms de största avvikelserna föreligga idag:

- Bemötande av patienter
- Hur metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, tillämpas och förändras
- Rutiner för identifikation av risker

Detta innebär inte att landstinget kan vara tillfreds med hur tillämpningen ser ut inom de resterande fyra områden inom vilka rutinbeskrivningar ska finnas.

När det gäller rutiner för hur metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, tillämpas och förändras är detta delvis en mer komplex fråga än övriga områden. I Landstinget Dalarna ska en hel del av detta ske inom ramen för Tvärgruppers arbete. Samtidigt förväntas (enligt föreskriften om ledningssystem) rutinbeskrivningar för detta finnas för enheter utifrån ett linjeansvar. Vår bedömning är att metodutveckling (t.ex. i form av utveckling / förändring av vårdprogram) bör ske i Tvärgrupper. Detta innebär att rutinbeskrivningarna för hur vårdprogram utarbetas och förbättras också ska finnas hos Tvärgrupperna. Det bedöms finnas klara samordningsfördelar mellan Tvärgrupper i detta arbete. Tillämpningen däremot går inte att skilja ut ifrån linjeansvaret. Rutiner för tillämpning av metoder (och utfasning av gamla metoder) ska således framgå av enheternas ledningssystem. Rutinbeskrivningar för metodutveckling bör till stor del finnas hos Tvärgrupper och enheterna kan i sina ledningssystem hänvisa till dessa.

Landstinget bör i ökad grad eftersträva enhetlighet i utformningen av vårdprogram. Detta för att underlätta förståelse och tillämpning. Av samma skäl bör också finnas en ambition att vårdprogram inte ska bli för omfattande (långa).

4.2.2 Mål som täcker syftet och uppföljningsdata

Enligt föreskriften om ledningssystem ska systemet ”utgå ifrån syftet med verksamheten”. För att styrningen ska kunna fungera innebär detta att enheten behöver ha en heltäckande målbild utgående ifrån verksamhetens syfte. Konkret innebär detta att vårdande enheter behöver ha mål för sina egna patientgrupper som uttrycker vad som ska uppnås för dem. Fokus ska alltså ligga på syftet, målen bör då handla om att patienterna ska bli botade, få förbättrad funktionalitet, minskad smärta etc. Dessutom behöver det finnas uppföljningsinformation om hur väl enheten lyckas att uppnå sina mål.

Målen som ställs av politiker kan inte omfatta allt som verksamheten gör. Åtminstone inte i meningen att en djuplodande säkring och uppföljning ska ske av allt och att alla mål för samtliga patientgrupper ska återrapporteras årligen. Detta skulle innebära tusentals mål att hantera på politisk nivå. Styrning av allt detta ska ändå ske och detta bygger på att enheter har mål och kvalitetssystem som säkerställer att man når så långt som möjligt med viktiga patientmål. Politikerna kan i denna modell dock välja att ”lysa upp” och få fördjupad information om vissa patientgrupper årligen. Ett visst år kan hjärtsjukvården och patienter med höftfraktur väljas ut som prioriterade områden, prioriterade i meningen att politikerna önskar noggrann information om hur vården utfaller för dessa patienter. Med fungerande ledningssystem på enhetsnivå ska det i princip vara möjligt för politiker att få detaljerad information om hur vården fungerar

för vilken patientgrupp som helst. Politiken kan ha olika skäl att fokusera viss patientgrupp, initialt kommer skälen ofta vara klagomål eller externa jämförelser. Vartefter ledningssystemet utvecklas och blir alltmer "heltäckande" bör även egna kvalitetsdata ge viktig information om vilka patientgrupper som kräver särskilt intresse.

4.2.3 Rutiner för säkring av nya LF-mål

Kraven på rutinbeskrivningar (åtta områden) enligt Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem får ses som ett minimikrav. Mål och uppdrag vid sidan av dessa områden som formuleras i landstinget måste likafullt säkras i enhetens styrsystem. Landstingets styrsystem måste således innehålla rutiner för att säkra "nya" mål. Med nya i detta sammanhang ska förstås sådana mål/styr signaler som inte sedan tidigare finns säkrade i enhetens ledningssystem. När nya mål kommer måste detta leda till att ledningssystemet uppdateras eller utökas för att säkerställa att rutiner / arbetssätt finns för att säkerställa att målen kan infrias. Detta sker inom ramen för arbetet med verksamhetsplaner på olika nivåer.

4.2.4 Rutiner för ständiga förbättringar

I den nya föreskriftens avslutande kapitel framgår att det ska finnas rutiner för egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring. I detta ligger bl.a. att det ska ske en regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat, av metoders, processers och rutiners ändamålsenlighet, hur resultat av uppföljningar ska dokumenteras och återföras samt slutligen hur genomförda förbättringsåtgärder dokumenteras. Denna del kan sägas handla om att införa rutiner för "ständiga förbättringar". Även om många inom landstinget i mångt och mycket agerar i enlighet med det som står i föreskriften saknas en övergripande systematik och dokumentation kring detta.

En övergripande systematik kan komma att skapas i landstinget som en följd av de steg som redan vidtagits. Det arbete som samordnas av Styrgrupp kvalitet i kombination med Tvärgrupper som regelbundet rapporterar viktiga kvalitetsdata är viktiga komponenter. Ännu är det dock en bit kvar till en situation då dessa rapporter och styrgruppens insatser, i form av tolkning och prioritering av utvecklingsarbete, systematiskt leder till ständiga förbättringar i vården.

I ett framtidsscenario kan man tänka sig att arbetet med ständiga förbättringar på enhetsnivå är väl etablerat. Enheterna har "kompleta" ledningssystem som utgår ifrån syftet med vården för olika patientgrupper. Kvalitetskraven är kända och accepterade. Då är det möjligt att begränsa rapporteringen till "avvikelse". Verksamheten har i detta scenario löpande kunskap om i vilken grad den lever upp till kvalitetskrav. Om avvikelser sker utöver en viss överenskommen nivå ska detta rapporteras till landstingsledningen.

4.2.5 Rutiner för ramhållning och effektiv resursanvändning

Detta område tas inte upp i Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem. En systematisk styrning av detta har dock en självklar plats i landstingets samlade styrsystem. Ekonomiska ramar måste fastställas för verksamheter, att ramarna inte överskrids behöver säkras och resurserna (inom hälso- och sjukvården främst personalens tid och kompetens) utnyttjas på bästa sätt. Detta hanteras inom ekonomistyrningen. Denna del utvecklas inte ytterligare eftersom fokus i denna granskning ligger på kvalitetsstyrningen.

4.3 Övriga kommentarer

Det finns ansvarsmässiga oklarheter avseende vårdprogram. Genom den uppdragsbeskrivning som gäller för Tvärgrupper klargörs att Tvärgrupper ska ”*utarbета läns-gemensamma vård-program*”. Dessutom framgår att grupperna ska ”*bidra till användning av relevanta metoder och avveckla förlegade*”. Sammantaget innebär detta att Tvärgrupper (ordföranden) inte har ett direkt ansvar för att vårdprogram tillämpas. Däremot får det anses falla på Tvärgrupper att ta del av uppföljningsdata, t.ex. från nationella / regionala kvalitetsregister, och utifrån detta revidera / uppdatera vårdprogram vid behov. Denna del tycks idag inte vara säkerställd. Det är heller inte Tvärgrupperna som svarar för att denna typ av förändringar leder till faktiska ändringar i arbetssätt, de ska däremot *bidra* i detta arbete.

Det finns behov av att ytterligare klargöra vad detta bidrag innebär. Följande kan tänkas ingå i tvärgruppers ansvar att bidra till att vårdprogram används:

- Identifiera vilka enheter inom landstinget som är berörda av vårdprogrammet. (Frågan är inte minst intressant när vårdprogram berör flera av sjukvårdens specialtetsområden.)
- Informera dessa enheter om det nya / uppdaterade vårdprogrammets existens.
- Utbilda berörda enheter.
- Identifiera vilka de viktigaste skillnaderna är gentemot hittillsvarande metod.
- Föreslå åtgärder för att fasa ut tidigare metod.
- Bistå enheter i implementeringen av vårdprogram.

Den ordning som förefaller gälla är att Tvärgrupper utarbetar förslag till vårdprogram som därefter fastställs av tex. Närsjukvårdschef. Det vore önskvärt att peka ut ansvar för tillämpning av beslutade vårdprogram. Självfallet måste ett sådant ansvar ligga på enskilda yrkesutövare men det bör även ligga på verksamhets-/enhetschefer. Det bör även klargöras vem som bär ansvaret för att följa upp att vårdprogram faktiskt tillämpas i kritiska delar.

Erfarenheter från annat håll har visat att ett framgångsrikt införande av vårdprogram bl a förutsätter att det på enhetsnivå görs en analys av vilka förändringskrav som blir en konsekvens av det nya vårdprogrammet. Därefter krävs någon form av planmässighet vid genomförandet av de anpassningar som krävs av befintliga arbetssätt och rutiner i övrigt. Tillämpningen måste sedan följas upp med hjälp av bl a indikatorer som kan härledas ur respektive vårdprogram.

En annan intressant fråga är hur arbetet med vårdprogram / kvalitetsregister kommer till användning i landstingets styrsystem. Landstingsdirektören har vidtagit flera åtgärder i denna riktning: tillskapandet av Styrgrupp kvalitet, Tvärgrupper med en utvecklad uppdragsbeskrivning, begäran om att Tvärgrupper ska inkomma med förslag på kvalitetsindikatorer. I dagarna presenteras den första uppföljningsrapporten med uppgifter bl.a. från tvärgrupperna och från landstinget kvalitetsdatabas. Detta är ett viktigt steg för att tillskapa ett fungerande styrsystem.

I det fortsatta utvecklingsarbetet av landstingets styrsystemsmodell bedöms det bl.a. som viktigt:

- Att tolka och använda information i Hälso- sjukvårdens årsrapport som underlag i nästa verksamhetsplaneprocess
- Att med befintliga data om vårdens kvalitet som grund formulera nya mål / uppdrag till vården

- I detta behöver särskilt beaktas hur mål / uppdrag om förbättringar för olika patientgrupper ska riktas mot dels verksamheter i linjeorganisationen dels Tvärgrupper.
- Särskilda mål / uppdrag bör initialt ges beträffande strukturkrav på enheter att införa lokala ledningssystem enligt SOSFS 2005:12
- Verksamhetsplanprocessen bör även innehålla krav på hur (och när) uppföljningsdata ska rapporteras för att säkerställa att underlag finns tillgängligt i tid för nästkommande verksamhetsplanprocess.

Landstinget har tagit viktiga steg för att utveckla sin styrning i enlighet med föreskriften om Ledningssystem. En brist som ännu kan ses är att det inte säkerställs att de förbättringsbehov som kan identifieras via kvalitetsregisterjämförelser leder till faktiska och varaktiga förbättringar i verksamheten. Vi har i intervjuer fått exempel på att man inom en specialitet konstaterat kvalitetsbrister via jämförelser. Genom egna initiativ vidtogs åtgärder och kvaliteten höjdes, vilket bekräftades i nya jämförelser. Nu, några år senare, menar de intervjuade att frånvaro av fokus på denna fråga antagligen inneburit att man återigen tappat kvalitetsmässigt.

5 Slutsatser och rekommendationer

Mot bakgrund av det som framkommit i denna granskning lämnas nedanstående rekommendationer till landstinget

<i>REKOMMENDATIONER</i>	<i>ANSVARSNIVÅ</i>
Innehållet i den nya föreskriften om ledningssystem behöver göras mer känt inom landstinget.	Landstingsdirektör Utvecklingschef
Landstinget behöver ta fram en strategi och en tydlig handlingsplan för införande av ledningssystem enligt Socialstyrelsens nya föreskrift. Det är angeläget att detta arbete utgår ifrån att ledningssystemet ska integreras i och interagera med landstingets ordinarie styrprocess (landstingsplan / verksamhetsplan)	Landstingsstyrelse / Landstingsdirektör
Det fortsatta arbetet bör leda fram till att en övergripande styrsystemsmodell skapas för landstinget och att en ”Landstinget Dalarna-standard” för lokala styrsystem skapas vilka även uppfyller kraven om ledningssystem.	Landstingsstyrelse / Landstingsdirektör
Det behöver inom ramen för pågående patientsäkerhetsprojekt säkerställas att riskanalyser görs på enhetsnivå och övergripande. Det bedöms också som angeläget att säkerställa att det nya IT-systemet för avvikelshantering kommer att kunna leverera systematiserad och aggregerad information om avvikelser och i vilken grad avvikelser åtgärdats.	Landstingsdirektör / Utvecklingschef
Verksamheterna beskriver sina verksamhetsplaner inom ramen för modellen Balanserade styrkort. Landstingsplanen följer inte denna modell. Det bedöms som viktigt för att skapa en tydligare ”röd tråd” mellan nivåerna att samma modell används.	Landstingsdirektör / Ekonomidirektör
Målen på enhetsnivå behöver i högre grad än idag heltäckande fånga syftet med vården för de patientgrupper som den är till för.	Bitr. Lt-dir och ansvarig för Länssjv. Bitr. Lt-dir och ansvarig för Närsjv. Verksamhetschefer

Verksamhets- och enhetschefers ansvar för tillämpningen av gällande vårdprogram bör klargöras. Även ansvar för vem som ska följa upp att vårprogrammen används bör fördelas.	Landstingsdirektör
Det bör klargöras vad tvärgrupperna i praktiken förväntas göra för att "bidra" till tillämpningen av vårdprogram	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Tydliga utvecklingsuppdrag bör ges till Tvärgrupperna i Landstingsplanen. Utvecklingsuppdragen bör ha en separat finansiering och bör bli föremål för uppföljning / återrapportering.	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Landstinget bör i ökad grad eftersträva enhetlighet i utformningen av vårdprogram. Detta för att underlätta förståelse och tillämpning. Av samma skäl bör också finnas en ambition att vårdprogram inte ska bli för omfattande (långa).	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet
Framtagandet av riktlinjer för rutinbeskrivningar enligt föreskriften om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården bör samordnas i landstinget. Därefter bör rutiner implementeras lokalt.	Landstingsdirektör / Utvecklingschef
Landstinget behöver säkerställa att de förbättringsbehov som kan identifieras via kvalitetsregisterjämförelser leder till faktiska och varaktiga förbättringar i verksamheten.	Landstingsdirektör / Styrgrupp kvalitet Ordf Tvärgrupper

Bilaga 1 Krav på och strukturer för kvalitet och kvalitetsstyrning inom hälso- och sjukvård

Det som presenteras i denna bilaga har utarbetats för att skapa en referensram till den genomförda granskningen. Initialt utarbetades ett utkast till referensram tillsammans med ett antal diskussionsfrågor. Ett seminarium genomfördes därefter med landstingets tjänstemannaledning. Syftet med seminariet var att fastställa en gemensam referensram för kvalitetsarbetet och identifiera eventuella målkonflikter. I det följande presenteras materialet med hänsyn taget till de synpunkter som framkom vid seminariet.

Formella strukturkrav på kvalitet och kvalitetsarbete

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) formuleras grundläggande förväntningar och krav på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Lagen vänder sig till de förtroendevalda samt till allmänheten. Enligt lagen är det samhället som har huvudansvaret för vården genom att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Ledningen ska utövas av en eller flera nämnder.

Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Ekonomiska, sociala, religiösa eller kulturella skillnader inte ska påverka vården. Vidare ska den som har det största behovet av vård ges företräde.

Lagen ställer krav på att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i behandlingen. Detta betyder att vården ska bedrivas av personal med lämplig utbildning, i de lokaler och med den utrustning som behövs för att god vård ska kunna erbjudas. Vården ska dessutom vara lättillgänglig, vilket bland annat ställer krav på öppettider, väntetider och närhet till vårdinrättning. Enligt lagen ska dessutom vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet så att vården har en medmänsklig och förstående inriktning. Goda kontakter mellan patient och sjukvårdspersonal ska främjas och så långt det är möjligt ska behandlingen genomföras i samråd med patienten. Lagen fastställer att kvaliteten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Föreskrift SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har i sin föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården utvecklat kvalitetsbegreppet och kraven på fungerande ledningssystem för kvalitetsarbetet. Enligt föreskriften ska vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för att fortlöpande och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet. Kvalitetsarbetet ska:

- Syfta till att förebygga vårdskador
- Utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna
- Vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning

- Utgå från mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
- Vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för bemötande av patienter samt hur metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, tillämpas och förändras. Ledningssystemet ska även sörja för att kompetens upprätthålls bland personal samt att det finns rutiner för samverkan och samarbete. Därutöver ska ledningssystemet garantera att det finns rutiner för identifikation av risker samt rutiner för avvikelshantering. Slutligen ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för försörjning av tjänster, produkter och teknik samt rutiner för spårbarhet i dokumentation gällande patienter.

Föreskriften anger hur ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fördelas. Vårdgivaren ska ha det övergripande ansvaret för mål och uppföljning, rutiner och förankring hos medarbetare. Verksamhetschefen ska ta fram och dokumentera rutiner, ansvara för att mål uppnås, samt att uppföljning och analys av verksamheten utförs så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska medverka i kvalitetsarbetet inom ramen för ledningssystemet genom att följa rutiner samt delta i avvikelshantering och uppföljning.

Lex Maria (SOSFS 2005:28) + lagen (1998:531) 2 kap 7§

Rapportering och analys av allvarliga avvikelser ingår som en viktig del i det kvalitetssäkringsarbete som alla vårdgivare är skyldiga att bedriva. Anmälningsansvaret enligt Lex Maria har en nyckelroll i detta arbete.

Bestämmelserna om Lex Maria finns i *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (1998:531). Bestämmelserna innebär att vårdpersonal har skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård. Dessutom finns ytterligare bestämmelser i SOSFS 2005:28 *Anmälningskyldighet enligt Lex Maria*. Komplikationer som är oundviklig konsekvens av patientens tillstånd inkluderas inte i anmälningsplikten.

Det främsta syftet med Lex Maria är att anledningen till det inträffade ska utredas för att på så sätt kunna undvika liknande händelser i framtiden. Ett annat syfte är att möjliggöra för den drabbade patienten och dess anhöriga att få klarhet i vad som inträffat. Socialstyrelsens handläggare sköter utredningen genom bland annat granskning av ansvarsfördelning, rutiner, besök på vårdenheten samt utlåtanden från sakkunniga. Om åtgärder som bedöms vara tillräckliga har vidtagits från vårdgivarens sida kan handläggningen ibland ske på ett förenklat sätt.

Vårdgivaren ska utse en person som har till uppgift att ansvara för anmälningskyldigheten. Denna person bör ha en sådan position i organisationen att han eller hon har möjlighet att göra jämförelser mellan anmälningsfall och delta i kvalitetsarbetet. All personal är skyldig att rapportera fall till vårdgivaren som kan omfattas av Lex Maria-bestämmelserna. Det är upp till vårdgivaren och verksamhetschefen att se till att de anställda känner till vilka rutiner som gäller för rapporteringen.

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Denna lag (LYHS) reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. En väsentlig bestämmelse i lagen är att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge en sakkunnig och omsorgsfull

vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär bland annat att personalen har skyldighet att känna till och rätta sig efter de föreskrifter och allmänna råd Socialstyrelsen utfärdar. En annan central bestämmelse i lagen är att anställda eller före detta anställda inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Dessutom ingår bestämmelserna om anmälningsplikt (Lex Maria) som beskrivits ovan i denna lag.

Lagen inkluderar även bestämmelser om behörighets- och legitimationsregler, disciplinpåföljd och inskränkningar i legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals behörighet. Om personal inom hälso- och sjukvård uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör sina skyldigheter får disciplinpåföljd påföras. Påföljderna är erinran eller varning. Dessutom kan provotid föreskrivas eller legitimation återkallas.

Därutöver reglerar lagen även Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) verksamhet och Socialstyrelsens tillsyn.

Deltagande i genomförande av uppföljningar avseende väntetider

Landstingsförbundet driver ett projekt som kallas *Väntetider i vården* och har till syfte att ge bättre information om väntetider vid olika mottagningar och sjukhus så att uppföljning av vårdgarantin möjliggörs. Landstingsförbundet mäter även primärvårdens tillgänglighet.

På Landstingsförbundets hemsida redovisas väntetiderna till mottagning och behandling för samtliga sjukhus. Landsting och regioner rapporterar in sina uppgifter till den centrala databasen och ansvarar själva för att uppgifterna är korrekta och uppdaterade. I databasen ingår uppgifter om väntetider till mottagning, undersökning och behandling avseende ett urval av diagnoser och åtgärdsområden. Vad gäller primärvården mäts telefontillgängligheten under fem dagar två gånger per år. Dessutom mäts väntetid för läkarbesök vid allmänläkarmottagningar. Eftersom samtliga landsting/regioner deltar i uppföljningen ställer detta krav på hälso- och sjukvården i landstinget att man arbetar för att förkorta väntetiderna.

Att uppnå full jämförbarhet kan vara ett problem med detta projekt eftersom det är oklart hur prioriteringarna görs vid olika kliniker. Kraven varierar på hur sjuka patienterna ska vara för att bli uppsatta på väntelista och komma ifråga för behandling. Förutsättningarna för att mäta väntetider varierar också mellan landstingen eftersom de IT-system som ska fånga uppgifterna är olika utvecklade i detta avseende. Databasen har också kritiserats för att de förväntade väntetider som uppges inte skulle stämma. Även detta kan till största delen förklaras av att man inte har stabila underlag på klinikerna för att göra dessa prognoser.

Deltagande i etablerade kvalitetsregister

Inom sjukvården är det vanligt att man väljer indirekta mått och indikatorer på kvalitet, till exempel så kallade processmått. Exempel på sådana mått är tidsåtgången mellan hjärtinfarkt-patientens ankomst till sjukhus och trombolysbehandlingens start.

Ur patientregistret är det möjligt att utvinna en del grövre kvalitetsmått, som exempelvis sjukhusmortalitet. Den viktigaste källan till kvalitetsdata om hälso- och sjukvården är dock de nationella *medicinska kvalitetsregistren*. I dessa register registreras uppgifter bland annat om patienters diagnos, den vård som har använts och resultatet av denna. Dessa uppgifter kan sedan sammanställas och analyseras.

I dagsläget finns ett 50-tal nationella kvalitetsregister. Ytterligare register uppkommer efter hand. De är uppbyggda på frivillighet och har sin grund i framförallt läkarprofessionens egna drivkrafter att följa upp kvalitet och patientnytta. Registren utvecklas och drivs av representanter för de yrkesgrupper som själva ska använda dem. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen samverkar i den så kallade Beslutsgruppen för att stödja utveckling och användning av de nationella kvalitetsregistren samt besluta om hur ekonomiskt stöd ska fördelas mellan registren. I beslutsgruppen ingår även representanter för Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Varje år kontrolleras kvaliteten i registren vid inlämnande av årsrapport och ansökan om ekonomiskt stöd.

Det finns ingen nationell auktoritet som kräver att kliniker skall medverka i registren. Vissa register är dock så pass etablerade att det kan ses som ett krav att delta i dessa. I flera län, bland annat i Dalarna, finns det även policybeslut om att vårdgivare skall medverka i kvalitetsregister.

Följande 57 register får i dagsläget ekonomiskt stöd via Beslutsgruppen:

Barn och ungdom

- SWEDIABKIDS – Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomsdiabetes
- BORIS – Barnobesitasregister i Sverige
- PNQn – Perinatalt kvalitetsregister/neonatologi
- Svenska Barnreumaregistret

Cirkulationsorganens sjukdomar

- SCAAR – Svenska coronarangiografi och angioplastikregistret
- RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård
- SEPHIA – Sekundärpreventivt hjärtintensivvårdsregister
- Svenska Hjärtkirurgiregistret
- GUCH – Register för vuxna med medfött hjärtfel
- Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus
- RiksSvikt – Nationellt Kvalitetsregister för Hjärtsvikt
- Nationellt register för kateterablation
- Swedvasc – Svenska kärlregistret
- Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke
- Svenskt kvalitetsregister för allmän thoraxkirurgi

Endokrina sjukdomar

- NDR – Nationella Diabetesregistret
- SOReg – Svenskt Obesitaskirurgiskt Register
- Skandinaviskt Kvalitetsregister för Thyroidea- och Parathyroideakirurgi

Muskuloskeletala sjukdomar

- Svenska Axel Artroplastik Registret
- RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret
- Nationalregistret för Höftledsplastiker i Sverige
- Nationella knäplastikregistret
- Svenska Reumatoid Artrit-registret
- Uppföljning av ryggkirurgi

- Nationella Registret över Smärtrehabilitering

Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar

- Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom
- BUSA – Nationellt kvalitetsregister för Behandling av Barn och Ungdomar med Svår AD/HD
- RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för specialiserad ätstörningsbehandling
- Schizofreni – Nationellt kvalitetsregister för schizofreni
- Kvalitetsregister för beroendevård

Sjukdomar i nervsystemet

- CPUP – Uppföljningsprogram för barn med CP
- SveDem – Svenska Demensregistret
- SMS – Svenska MS-registret

Sjukdomar i urin- och könsorgan

- SDDB – Svensk Dialysdatabas
- GYNOP – Nationella kvalitetsregistren för gynekologisk kirurgi
- Svenska Gyn-onkologi Registret
- SRAU – Nationellt register för Aktiv uremivård

Tumörer

- Nationellt bröstcancerregister
- Nationellt Kvalitetsregister för Esofagus- och Ventrikelcancer
- Nationella Prostatacancerregistret
- Svenska Rektalcancerregistret
- Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll

Ögonsjukdomar

- Svenska Cornearegistret
- Nationella Kataraktregistret
- Makularegistret

Övriga områden

- Swedevox – Andningssviktregistret
- Svenskt Bräckregister
- SDIR – Svenska Dentala Implantat Registret
- GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för fallstenskirurgi
- HIV-registret
- Nationellt kvalitetsregister för inflammatorisk tarmsjukdom
- SIR – Svenska Intensivvårdsregistret
- Nationellt Kvalitetsregister för Mödrahälsovård
- Neurorehabregistret – Kvalitetsregister inom rehabiliteringsmedicin
- PsoReg – Nationellt Kvalitetsregister för Psoriasis
- Svenskt Terapeutisk Aferes-register
- Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs-, och halssjukvård

Socialstyrelsens regionala tillsyn

Socialstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal för att förebygga skador och minska risker. Denna tillsyn utövas av sex regionala tillsynsmyndigheter. Tanken är att de regionala tillsynsenheterna ska arbeta för att alla patienter ska få vård av rätt kvalitet och med hög säkerhet.

Tillsynsaktiviteter initieras genom anmälningar från läkare, sjuksköterskor med flera vid Lex Maria-anmälningar, genom patienters och anhörigas anmälningar eller på initiativ från tillsynsmyndigheterna själva. Detta kan exempelvis ske på grund av signaler från andra myndigheter eller massmedia. Ofta rör granskningen verksamhetstillsyn. Den individriktade tillsynen utgör endast ca 10%.

Vid tillsynsaktiviteterna sker ofta direktkontakter med företrädare för verksamheten genom besök och inspektioner. Journalhandlingar och andra viktiga styrdokument granskas och ibland intervjuas patienter och anhöriga. Efter granskningen sker redovisning av utredningen med slutsatserna av denna i en rapport och Socialstyrelsen fattar ett beslut.

Om Socialstyrelsen konstaterar att det finns brister av stor betydelse kräver de att verksamheten ska redogöra för de insatser som vidtas för att åtgärda dessa. Därefter kan en förnyad granskning utföras. Socialstyrelsen kan även förelägga vårdgivaren att bristerna ska åtgärdas, och vite får då utsättas. Skulle föreläggandet inte följas har Socialstyrelsen befogenhet att förbjuda verksamheten, vilket dock är ovanligt. Hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kan Socialstyrelsen även yrka om disciplinpåföljd, prövotid, återkallande av legitimation samt begränsning av olika typer av behörighet.

Data rörande riskhändelser i vården som har anmälts till socialstyrelsen från 1992 och framåt lagras i RiskDataBasen. I databasen registreras information angående händelsen, en risknivåbedömning samt åtgärder som vidtagits eller föreslagits för att förebygga liknande händelser. I Riskronden som publiceras på socialstyrelsens hemsida i Pdf-format publiceras reportage om risker i hälso- och sjukvården som anses vara intressanta att dra lärdomar av. Material erhålls från socialstyrelsens utredningar. Dessutom görs fallstudier som publiceras en gång per månad på socialstyrelsens hemsida. Dessa utgår från en eller flera händelser som har anmälts enligt Lex Maria och analyser görs av vad som gått fel och hur bristerna kan åtgärdas.

Uppdrag kring kvalitet som ges i landstingets budget, t.ex. krav på tillämpning av vårdprogram, anslutning till kvalitetsregister etc.

I landstingets budget 2006 finns följande skrivningar som har en direkt koppling till kvalitetsarbete:

Närsjv

Kvalitetsarbete

Arbetet med att utveckla den regelbundna kvalitetsuppföljningen (Primärvårdens kvalitetsbokslut) måste fortsätta. Verksamheterna behöver också arbeta mer med patientenkäter och ta till sig och använda resultaten av landstingets befolkningsenkäter.

Länssjv

Kvalitet

Länssjukvården arbetar aktivt med både patientupplevd och medicinsk kvalitet. Verksamheterna deltar i alla relevanta nationella kvalitetsregister vars resultat analyseras och implementeras i det dagliga arbetet.

Genomförandeaktiviteter

Kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete

Under 2005 har det kommit en ny författning om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Grunden är ett systematiskt kvalitetsarbete. Landstinget behöver därför

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och utvärdera målen,
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformade att vårdprocesserna fungera verksamhetsöverskridande.

I arbetet med redovisning av kvalitet inom hälso- och sjukvården kommer bl a kunskap från samtliga kvalitetsregister i Dalarna och i landet att systematiskt tas till vara. Tvärgrupperna (specialitetsgrupperna) i läns- och närsjukvården kommer att få viktiga uppdrag i kvalitetsarbetet.

Gällande kvalitetspolicy / kvalitetsprogram

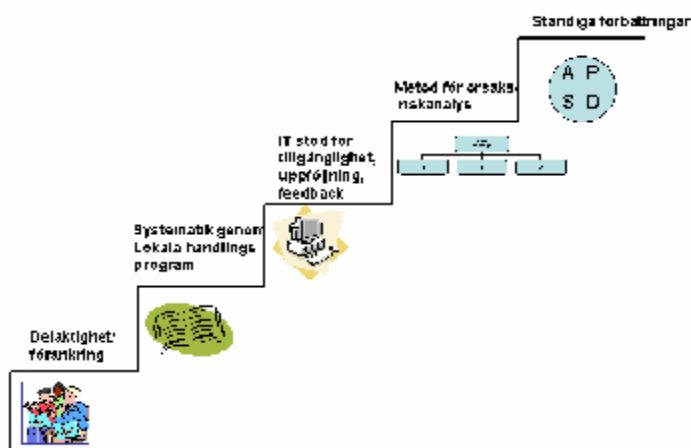
Landstinget Dalarna har en kvalitetspolicy för hälso- och sjukvården. Dokumentet är inte helt aktuellt och ska revideras inom ramen för det arbete med att skapa ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som startat.

Gemensamt system / rutiner för avvikelshantering

Landstinget bedriver sedan 2005 ett projekt för att införa rutiner och system för avvikelshantering. Arbetet sker i fyra steg:

- Första steget handlar om förankring av projektets arbete inom alla närsjukvårds- och länssjukvårds områden samt förvaltningar inom Landstinget Dalarna.

- Andra steget består i att enheterna arbetar fram ett lokalt handlingsprogram för hur avvikelser ska hanteras fortsättningsvis.
- Tredje steget innefattar upphandling av ett IT baserat verktyg där händelser kan synliggöras och idéer om förbättringar dokumenteras samt besluta om systemorganisation för verktyget
- I steg fyra gäller det att skapa förståelse för avvikelserna genom att försöka hitta de bakomliggande orsakerna till det inträffade. Metod för orsaks- och riskanalys ska implementeras.
- Steg fem innebär att verksamheten skapat rutiner för att ständigt följa upp, analysera avvikelser, identifiera verkningsfulla åtgärder och implementera dessa. Dvs. arbeta med ständiga förbättringar. (OBS Landstingets projektplan omfattar endast steg 1-4)



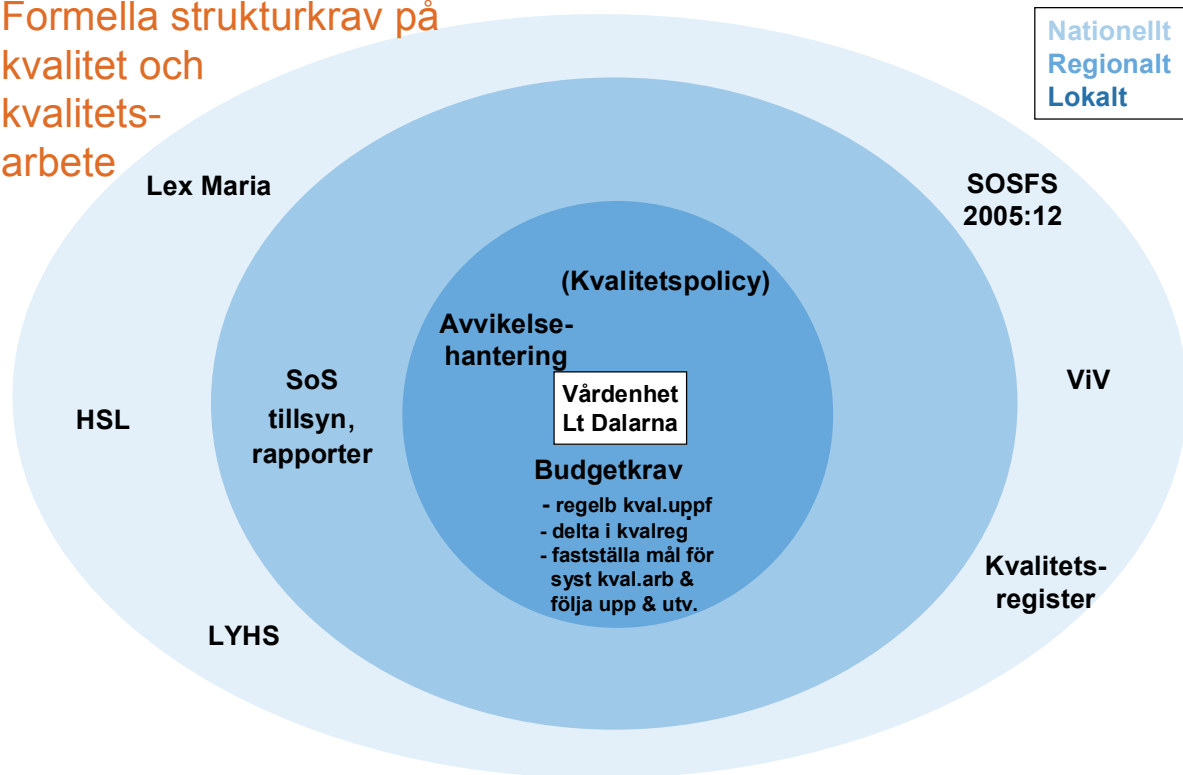
Landstingets Utvecklingschef uppger att många enheter idag (maj 2006) arbetar med steg fyra men att det varierar hur långt enheterna hunnit. Alla har ännu inte utarbetat ett lokalt handlingsprogram men samtliga enheter har påbörjat arbetet (steg 2).

Den centrala projektorganisation står för större utbildningsinsatser och ger metodstöd till enheterna i genomförandet. Mycket kraft har lagts på att få till stånd en förändrad syn på avvikelser. Dessutom hanteras upphandlingen av IT-stöd (steg 3) centralt. Beslut om leverantör fattas enligt Utvecklingschefen före semestrarna 2006.

Projektet ska enligt planen vara genomfört till mars 2007. Utvecklingschefen bedömer att detta är realistiskt. Hon ser också behov av att tillsakapa ett stöd för verksamheter som arbetar med att utveckla sin avvikelshantering, dvs även efter att projektet avslutats.

Sammanfattande bild Formella strukturkrav

Formella strukturkrav på kvalitet och kvalitetsarbete



Formella krav avseende professionella riktlinjer

SBU-rapporter (SBU=Statens beredning för medicinsk utvärdering)

SBU utvärderar sjukvårdens metoder på uppdrag av regeringen. Personalen inom hälso- och sjukvård är enligt lag skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, men det kan vara svårt för enskilda vårdgivare att hinna följa med i den stora mängden nya forskningsrön. Syftet med SBUs arbete är att ta fram beslutsunderlag som är opartiskt och vetenskapligt baserat. Rapporterna riktar sig till alla som fattar beslut om vilken vård som ska bedrivas, både dem som arbetar direkt med patienter och dem som arbetar med planering av hälso- och sjukvård.

SBUs rapporter tar upp vilka behandlingar som anses bäst, hur diagnos ställs på bästa sätt samt hur vårdens resurser kan användas på effektivaste sätt. SBU ska även identifiera metoder som används, men som inte gör nytta, inte har studerats och som inte är kostnadseffektiva. SBU bedriver inte forskning utan experterna samlar, granskar och väger samman befintliga forskningsresultat från hela världen. Ofta görs kartläggning av vilka metoder vården använder idag och jämför med det vetenskapliga underlaget.

Utvärderingarna publiceras i tre olika serier:

- Gula rapporter: Avser utvärdering av hela ämnesområden. Rapporten granskas av externa ämnesexperter och SBUs råd.
- Alert-rapporter: Avser tidiga utvärderingar av enskilda nya metoder som håller på att utvecklas. Till skillnad från de gula rapporterna granskas bara en metod i taget.

- Vita rapporter: Redovisar kunskaper inom något område där det finns behov av utvärdering. Frågor som anses viktiga belyses men någon systematisk litteraturoversikt utförs inte. Rapporterna granskas endast av projektgruppen och externa granskare.

Vilka metoder som SBU bör utvärdera föreslås av många olika aktörer, såsom enskilda personer, organisationer, myndigheter och andra beslutsfattare. Resultaten sprids genom olika kanaler, exempelvis i SBUs tidning "Vetenskap och Praxis" samt i Läkartidningen och andra medicinska tidskrifter. Ofta uppmärksammas slutsatserna i nyhetsmedier och nya SBU-rapporter publiceras på SBUs hemsida. Konferenser och klinikmöten anordnas för att uppmärksamma och diskutera rapporterna. Rapporterna används många gånger som underlag för riktlinjer inom vården och följs ofta av rekommendationer från andra myndigheter.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling av sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. De nationella riktlinjerna består av; medicinska och hälsoekonomiska faktadokument, ett beslutsstödsdokument för underlag till resursfördelning som baseras på prioritering av hela vårdkedjan i respektive sjukdomsgrupp - rekommendationerna innebär också ställningstagande till vad som inte ska göras och vad som bara ska utföras inom ramen för forskning och utveckling. Förutom detta innehåller de nationella riktlinjerna också kvalitetsindikatorer som mäter vårdens process, struktur och resultat samt ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.

Syftet med de nationella riktlinjerna är att utveckla och förbättra vården. Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva, både ur patientens synvinkel och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Läkemedelsverkets föreskrifter och rekommendationer

Grunden för den svenska läkemedelslagstiftningen finns i läkemedelslagen. Där finns regler om hur tillsyn och kontroll ska bedrivas. Regeringen har i läkemedelsförordningen utvecklat principerna från läkemedelslagen och ger Läkemedelsverket rätt att meddela föreskrifter för att detaljreglera området. Föreskrifterna publiceras i Läkemedelsverkets författningssamling, LVFS.

När ett läkemedel har godkänts och finns till försäljning är Läkemedelsverket den kontroll- och tillsynsmyndighet som svarar för biverksuppföljning samt information om läkemedel till hälso- och sjukvården och allmänheten. Enligt LVFS 2006:4 ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården rapportera till Läkemedelsverket alla allvarliga biverkningar som inträffar, alla oförutsedda biverkningar samt de biverkningar som synes öka i frekvens.

Läkemedelsverket utarbetar regelbundet rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från sjukvården. Dessa rekommendationer baseras på aktuell vetenskap och erfarenhet. Valet av de sjukdomar som rekommendationerna gäller görs framförallt utifrån önskemål från sjukvården. Även Läkemedelsverket kan dock ta initiativet. Rekommendationerna vänder sig till vårdgivare. Dessa rekommendationer publiceras på Läkemedelsverkets hemsida och ges även ut i en tidskrift "Information från Läkemedelsverket" som distribueras till samtliga läkare, medicinstudenter, sjuksköterskor med föreskrivningsrätt med flera. Rekommendationerna har lägre tyngd än föreskrifterna.

Regionala kunskapscentra

Socialstyrelsen anser att ett begränsat antal regionala kunskapscentra, som i samverkan med nationella organ och olika vårdverksamheter samlar in, bearbetar och förmedlar kunskap och erfarenheter inom olika vårdområden och vårdnivåer, skulle fylla en mycket viktig funktion i utvecklingen av kunskapsstyrd vård mot bakgrund av en allt intensivare kunskapsutveckling. Det är naturligt att sådana strukturer har koppling till den kompetens som idag finns på regional nivå närmast i form av de samlade FoU-resurserna vid universitetssjukhusen. Mot bakgrund av den allt intensivare kunskapsutvecklingen torde det vara utomordentligt svårt att skapa tillräckligt starka miljöer för detta arbete på länsnivå.

Detta har ännu ej förverkligats.

Regionala kompetenscentra

Under senare år har tre kompetenscentra för nationella kvalitetsregister utvecklats. Tanken med kompetenscentra är att flera nationella kvalitetsregister ska kunna dela på kostnader för personal och system som blir för höga för ett enskilt register. Kompetenscentra är specialiserade på något område såsom exempelvis ortopedi, eller hjärt- och kärlsjukdomar.

Kompetenscentra har till uppdrag att arbeta för tillkomsten av nya register, skapa synergieffekter i samarbetet mellan register, exempelvis vid teknisk drift, analysarbete samt hjälp med registerdata och att medverka till att registerdata blir användbara för olika användare. Registern drivs fortfarande självständigt, men många register samarbetar genom kompetenscentra vad gäller drift- och analysarbete.

Dessa kompetenscentra bedöms inte ha någon ytterligare påverkan på krav kring kvalitet som ställs på sjukvårdsverksamhet utöver den påverkan som de nationella kvalitetsregistren beskrivna ovan har.

Krav uppställda av Tvärgrupper

Det finns 32 tvärgrupper med var sin sammanhållande ordförande. Tvärgrupperna har ett ansvar för att driva kvalitetsutveckling inom sina respektive områden. Tvärgrupper finns representerande specialiteter, sjukdomsgrupper, vårdformer och serviceverksamheter. Nyligen har landstingsdirektören begärt att grupperna ska föreslå kvalitetsindikatorer inom sina respektive grupper. Detta har hörtsammats av flertalet men inte alla.

I ett särskilt dokument (Tvärgrupper roller och ansvar) klargörs Tvärgruppernas uppdrag. I huvudsak innebär uppdraget:

- Stödja, följa och driva aktiviteter för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet
- Bidra till användning av relevanta metoder och utveckla förlegade
- Samordna specialitetens rutiner inom länet
 - utarbeta länsgemensamma vårdprogram
 - implementering och uppföljning av uppdrag (bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer)
 - implementering och uppföljning av terapiriktlinjer (läkemedel)
- Utveckla den vertikala prioriteringen (rangordningslistor)
- Identifiera samverkan inom och utom länet
- Regionvårdsavtalen bearbetas och följs upp

- Aktivt delta i regional samverkan inom ramen för respektive specialitetsråds aktiviteter
- Bistå med stöd och underlag i olika utredningar och beredningar

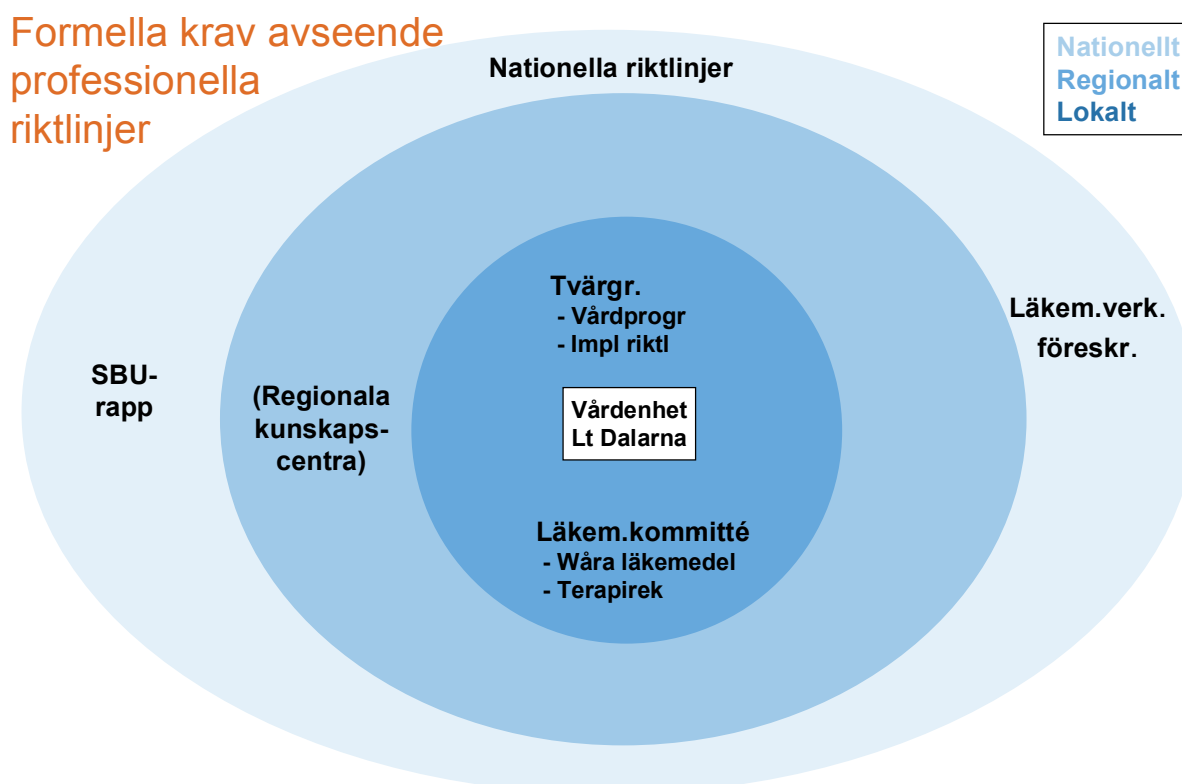
Krav uppställda av Läkemedelskommitté

Läkemedelskommittén är landstingets expertorgan i övergripande läkemedelsfrågor. Kommitténs arbete är reglerat enligt lagen om läkemedelskommittéer. Läkemedelskommittén ska verka för *”en medicinskt rationell, säker enhetlig och hälsoekonomisk läkemedelsanvändning samt samstämmig läkemedelsinformation till patienter”*. Detta ska göras genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal eller på annat lämpligt sätt.

Läkemedelskommittén i Landstinget Dalarna ger ut en informationsfolder, Våra läkemedel, som delas ut till alla som förskriver läkemedel inom Landstinget. Dessutom publiceras terapi-rekommendationer på Landstinget Dalarnas hemsida som kontinuerligt uppdateras. Dessa terapi-rekommendationer ska ge vägledning till en säker, enhetlig och hälsoekonomiskt optimal läkemedelsanvändning inom Dalarna. Därutöver ger man dessutom ut en baslista över de läkemedel som rekommenderas samt läkemedelskommitténs mål.

För att kunna följa upp huruvida rekommendationerna följs inhämtar läkemedelskommittén information från apotekets receptstatistik. Besök görs på vårdcentraler en gång per halvår för att informera om hur en viss enhet följer rekommendationerna. Kommittén har dock framför allt en rådgivande funktion och det är upp till verksamhetschefer på enheter att se till att rekommendationerna följs.

Sammanfattande bild Professionella riktlinjer



Andra informationskällor och strukturer med betydelse för kvalitetsstyrningen

Underlag från: HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd), Patientförsäkringen (LÖF - landstingens ömsesidiga försäkringsbolag & PSR - patientskaderegleringen)

Information om avvikelser i vården kan vara en viktig källa till information om sjukvårdens kvalitet. Denna information kan erhållas både från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, och från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF.

Till HSAN kan patienter vända sig om de anser att de blivit felbehandlade i vården och att någon yrkesutövare bör få en disciplinär påföljd (erinran eller varning). HSANs beslut tillställs löpande Socialstyrelsen och ger därigenom styrelsen underlag för sin tillsynsverksamhet. Beslutet sänds också till landstingens patientnämnder och till några facktidskrifter som publicerar intressanta ärenden. Enskilda landsting kan härigenom få information om eventuella risker i den egna verksamheten att förhålla sig till.

LÖF försäkrar landstingens/regionernas ansvar gentemot patienter som skadas i samband med hälso- och sjukvård. Verksamheten genererar också en hel del underlag för skadeförebyggande arbete i sjukvården. Chefläkare och verksamhetschefer får tillgång till data om skador som behandlats av PSR (PersonSkadeReglering). Det är till PSR som patienter vänder sig om de vill ansöka om ersättning för skada som uppkommit i samband med vård.

Kvalitetsdata

Ett flertal källor finns till kvalitetsdata. Socialstyrelsen samlar och sammanställer information om avvikelser i vården i sin Riskdatabas och i Riskronden. Informationen är tillgänglig via tryckta publikationer eller via Socialstyrelsens hemsida.

De flesta kvalitetsregister tillhandahåller resultatuppföljningar. Vissa i form av årsrapporter, andra genom att göra data tillgängligt via inloggning i deras databaser. Den senare modellen kräver betydligt mer aktivitet från den som önskar tillförlitlig information.

Landstinget sammanställer själva årliga kvalitetsrapporter inom ett flertal verksamhetsområden. Utökade krav ställs även på landstingets Tvärgrupper att redovisa kvalitetsdata inom respektive (specialitets-) område.

Styrgrupp kvalitet

Styrgrupp kvalitet består av landstingsdirektören, chefläkare, biträdande landstingsdirektörer samt landstingets utvecklingschef. Gruppen håller på att finna sina arbetsformer. I dagsläget sorterar följande uppgifter på styrgrupp kvalitet:

- Styrgrupp för de två utvecklingsprojekten *Patientsäkerhet* och *Införande av ledningssystem*.
- Ansvara för teknikstöd / samordning avseende *Kvalitetsdatabasen* som är en landstingsgemensam databas för medicin, kardiologi och allmänmedicin.
- Värdera, föra tillbaka och även informera till politiker och tjänstemän om kvalitetsutfallet.
- Utvecklandet av verksamhetsplaner för hälso- och sjukvården

Landstingsdirektören menar att man härigenom identifierar kvalitetsmarkörerna. En uppföljning utifrån detta kallad "Hälso- och sjukvårdens årsrapport" finns sedan juli 2006 i en preliminär utgåva. Den slutliga rapporten ska för första gången presenteras för Landstingsstyrelsen i december. Årsrapporten är en feedback som påverkar kommande års Landstingsplan.

Utvecklingsenheten

Utvecklingsenheten vid landstingets huvudkontor erbjuder stöd till vårdens enheter. Stöd ges bl.a. för verksamhets- /kvalitetsutveckling.

Utvecklingschefen har nyligen initierat en ledningsgrupp för kvalitetsutveckling. Landstingsdirektören är ordförande i gruppen som dessutom består av Närsjukvårdschef, Länssjukvårdschef, Chefläkare och Utvecklingschef. Arbetet ska leda till att Landstinget uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter på Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Konkret ansvarar avdelningen för de två projekten: *Patientsäkerhet* och *Införande av ledningssystem*.

Ett utredningsuppdrag har även lagts på utvecklingschefen som handlar om att undersöka förutsättningarna för att skapa en mottagarorganisation i landstinget för den nationella kunskapsstyrningen. Detta innebär att samordna landstingets informationsbevakning /informationsmottagning från bl.a. SBU, Läke-medelsverket, Socialstyrelsen mfl. och även skapa en rationell kunskaps-spridning för viktig information inom landstinget.

Landstinget tillämpar inte någon generell modell för kvalitetsutveckling. Det finns däremot enheter som använt OG, QUL, BraMottagnings-konceptet och även enheter som är ISO-certifierade.

Underlag från den egna Förtroendenämnden

Förtroendenämnden är den lokala nämnd dit patienter kan vända sig inom landstinget Dalarna om de anser att de blivit dåligt bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal eller behöver hjälp för att få den vård de vill ha. Förtroendenämnden är en fristående, opartisk instans som hjälper till att utreda patientens problem genom kontakter med dennes vårdgivare. Förtroendenämndens uppgift är även att informera om vårdtagarens rättigheter.

Nämnden övertar inte ansvar och befogenheter från styrelserna, sjukhusledningarna eller behandlande personal. Nämnden har inte heller några disciplinära befogenheter. Den utökade kunskapen om problem som patienter stött på kan innebära en chans för landstinget att förbättra rutiner, organisationen och liknande.

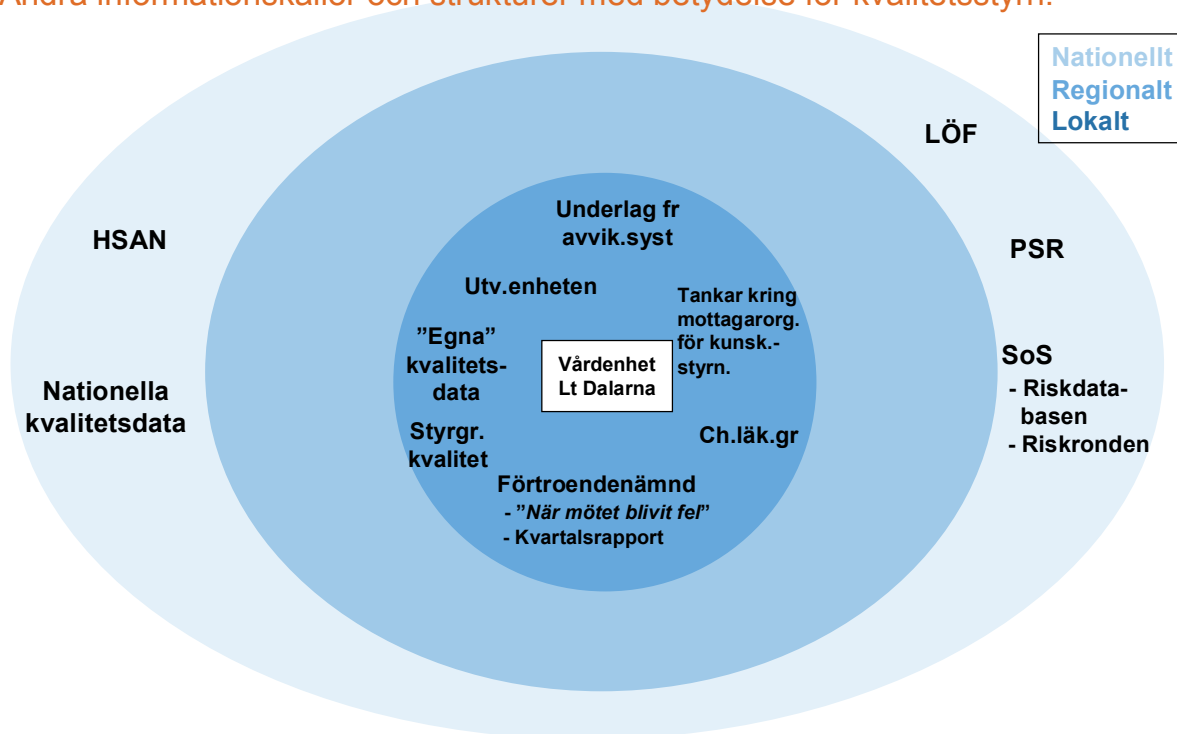
Kvartalsvis skickas rapporter om de ärenden som behandlats av nämnden ut till närsjukvårdschefen och länssjukvårdschefen som sprider vidare informationen till verksamhetscheferna. Dessutom distribuerar förtroendenämnden en skrift, "När mötet blivit fel", som tar upp exempel på oidentifierade ärenden. Denna skrift går direkt till verksamheterna och till kontaktpersoner inom kommunens hälso- och sjukvård och är tänkt att fungera exempelvis som ett diskussionsunderlag på personalträffar. Ibland håller förtroendenämnden i informationsmöten ute på enheterna. Detta görs dels för att informera om förtroendenämnden men även för att diskutera de ärenden som en viss enhet har haft i nämnden så att konstruktiv kritik kan framföras.

Underlag från det egna avvikelshanteringssystemet

Underlag från det egna avvikelshanteringssystemet kan erbjuda viktig information om vad som kan förbättras vad gäller rutiner och organisation. Inom Landstinget varierar det dock hur långt enheterna har hunnit i arbetet med utveckling av avvikelshanteringssystem, se ovan.

Sammanfattande bild Övriga informationskällor och strukturer

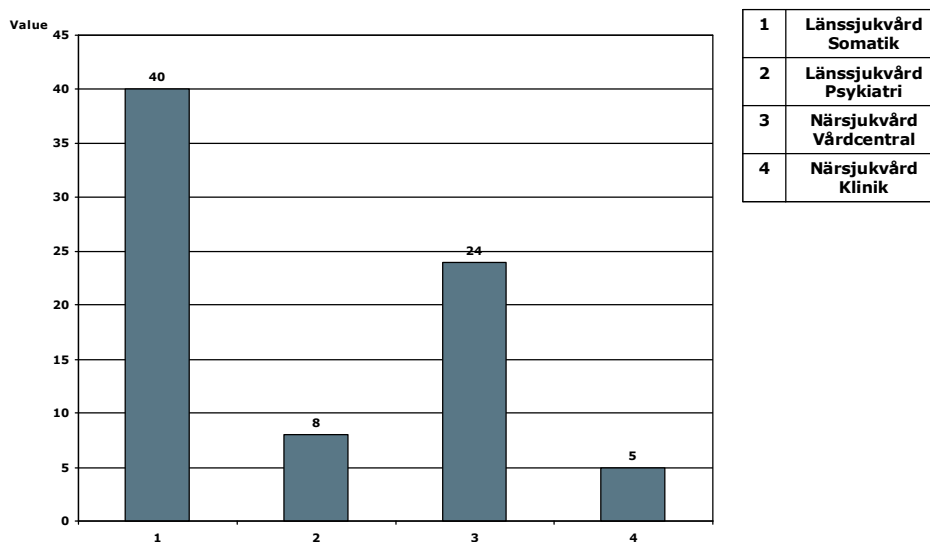
Andra informationskällor och strukturer med betydelse för kvalitetsstyrn.



Bilaga 2 Resultat av enkätundersökningen

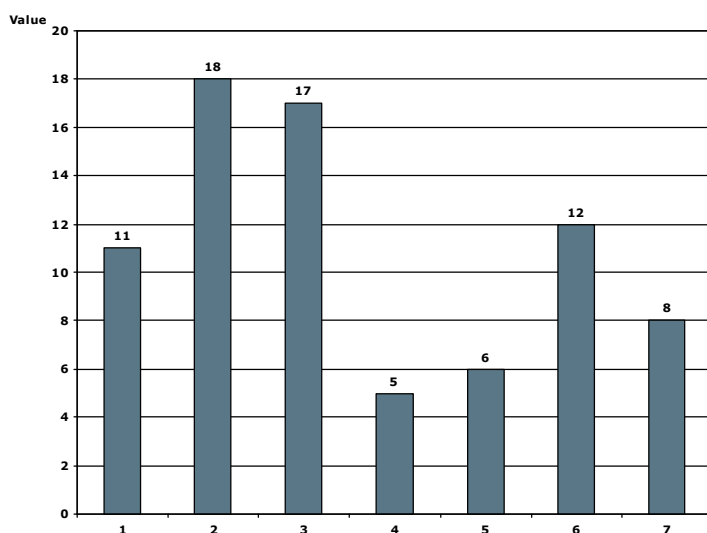
Nedan redovisas enkätundersökningens frågor med svar i diagramform. Diagrammen har även kommenterats och kommentarerna har kompletterats med analys av korstabuleringar som gjorts utifrån enkätundersökningens två inledande frågor, rörande område och storlek.

1. Till vilket område hör din klinik / vårdcentral?



Av klinikerna och vårdcentralerna i granskningen hör knappt två tredjedelar till länssjukvården, varav merparten till området somatik (40 st., d.v.s. 51,9 %) och ett mindre antal till området psykiatri (8 st., d.v.s. 10,4 %). En dryg tredjedel av klinikerna hör till närsjukvården, varav de flesta är vårdcentraler (24 st., d.v.s. 31,2 %) och resterande är kliniker (5 st., d.v.s. 6,5 %).

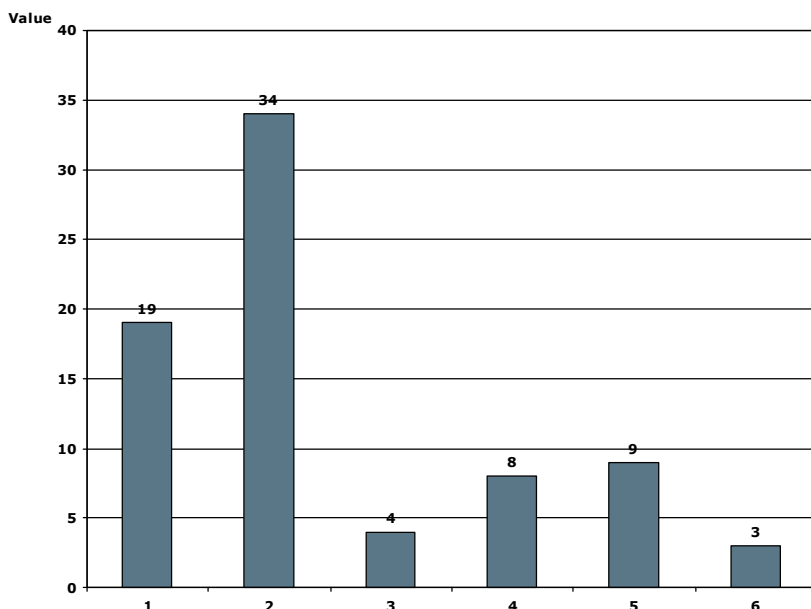
2. Hur många medarbetare finns inom din klinik / vårdcentral?



1	0-20
2	21-40
3	41-60
4	61-80
5	81-100
6	101-150
7	Över 150

Antalet medarbetare varierar mycket mellan de olika klinikerna och vårdcentralerna. Det finns samtidigt ett betydande antal verksamheter med få medarbetare (0-40) som ett betydande antal med många medarbetare (101-). Det är dock en viss överrepresentation av verksamheterna med ett mindre antal medarbetare. De medelstora verksamheterna (60-100) är jämförelsevis färre till antalet. Inom de flesta områdena finns en bred variation avseende antalet medarbetare per verksamhet, men närsvårsvårdens vårdcentraler har ofta ett lägre antal medarbetare – de flesta inte fler än 60 stycken.

3. Landstinget bedriver ett systematiskt arbete kring patientsäkerhet inklusive system för avvikelshantering. Den valda modellen består av fem steg. På vilket steg befinner sig din klinik / vårdcentral?

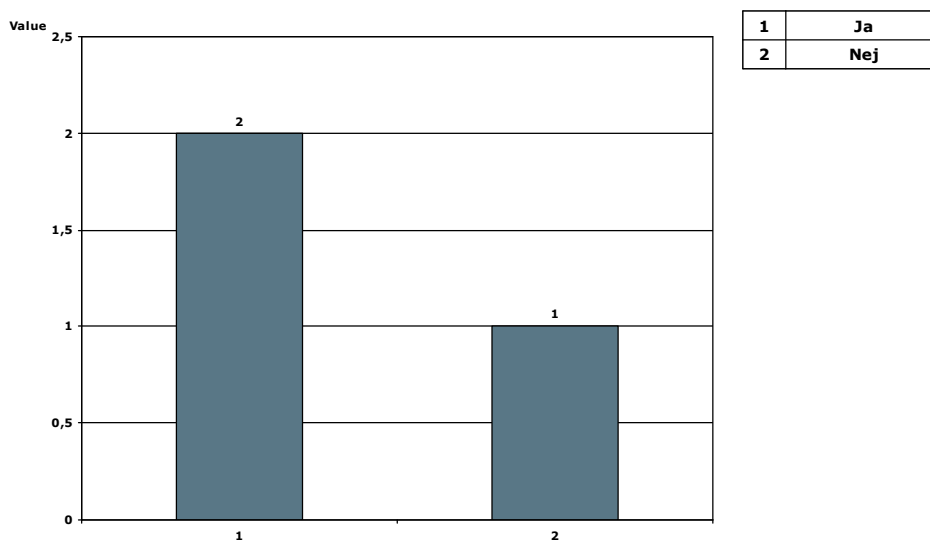


1	Första steget: Handlar om förankring av projektets arbete inom alla närsvårsvårds- och länsvårsvårdsområden samt förvaltningar inom Landstinget Dalarna.
2	Andra steget: Består i att enheterna arbetar fram ett lokalt handlingsprogram för hur avvikelser ska hanteras fortsättningsvis.
3	Tredje steget: Innefattar upphandling av ett IT-baserat verktyg där händelser kan synliggöras och idéer om förbättringar dokumenteras samt beslut om systemorganisation för verktyget.
4	Fjärde steget: Förståelse skapas för avvikelserna genom att man försöker hitta de bakomliggande orsakerna till det inträffande. Metod för orsaks- och riskanalys ska implementeras.
5	Femte steget: Innebär att verksamheten skapat rutiner för att ständigt följa upp och analysera avvikelser, identifiera verkningsfulla åtgärder och implementera dessa. Dvs verksamheten arbetar med ständiga förbättringar.
6	Kliniken / vårdcentralen befinner sig inte på något av ovanstående steg ännu.

Modellen består av fem steg, där varje steg innebär att verksamheten nått längre i arbetet. Tre fjärdedelar av verksamheterna befinner sig på trappans två nedre steg, varav 19 st. (24,7 %) på det första och 34 st. (44,2 %) på det andra. Den resterande fjärdedelen av verksamheterna är någorlunda jämnt fördelade över de tre följande stegen. Andelen verksamheter inom läns-

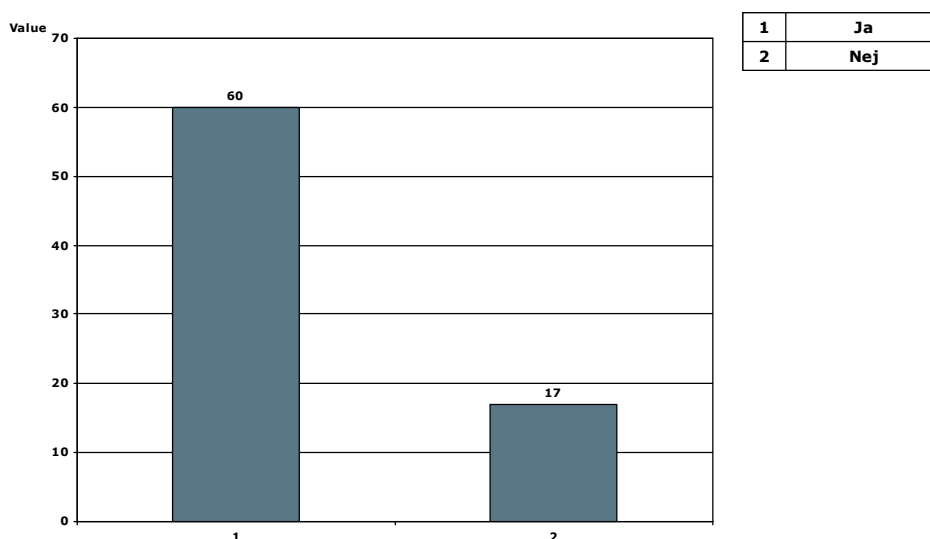
sjukvården som nått trappans övre steg är betydligt större än motsvarande andel inom när-sjukvården. Bara ett fåtal vårdcentraler inom närsjukvården har passerat det andra steget, men nästan hälften av närsjukvårdsklinikerna har nått det tredje steget – dock ingen längre än så. Samtidigt kan konstateras att de större verksamheterna har nått något längre i arbetet, och i länssjukvården är dessa vanligare än i närsjukvården.

4. Har din klinik / vårdcentral ett eget system för patientsäkerhet och avvikelshantering?



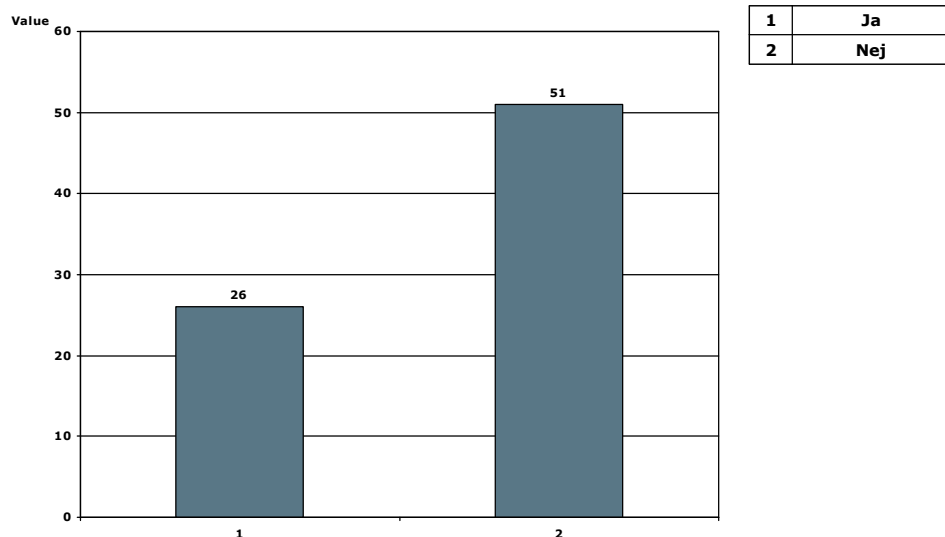
Tre verksamheter har angivit att de inte befinner sig på något av stegen ännu, men i två av dessa finns ett eget system för patientsäkerhet och avvikelshantering. I en verksamhet saknas detta.

5. Finns det vid din klinik / vårdcentral en dokumenterad rutin / instruktion för när och hur avvikelser ska anmälas?



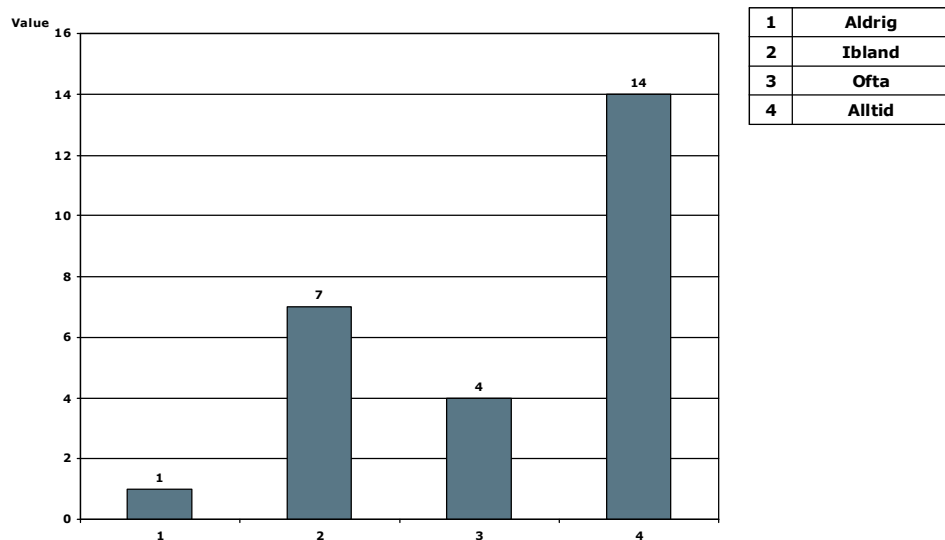
Nästan fyra femtedelar av verksamheterna anger att det finns dokumenterad rutin alternativt instruktion för när och hur avvikelser ska anmälas. Ingen större skillnad framträder mellan läns- och närsjukvården.

6. Finns vid din klinik / vårdcentral en dokumenterad rutin för hur händelseanalys bör göras i samband med allvarlig avvikelse?



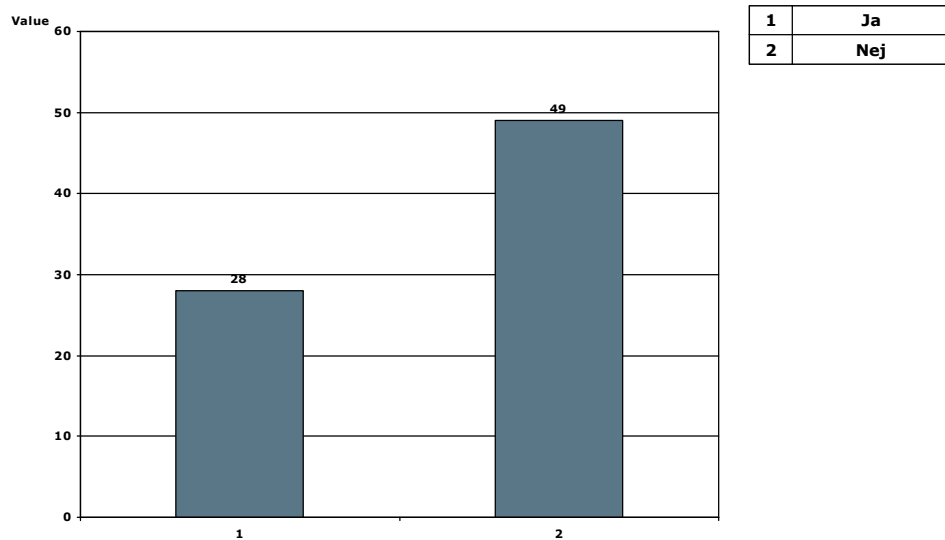
Antalet verksamheter som har en dokumenterad rutin för hur händelseanalys bör göras i samband med allvarlig avvikelse är betydligt lägre. En tredjedel av verksamheterna har svarat att detta finns medan två tredjedelar anger att detta saknas. Inte heller här framträder någon tydlig skillnad mellan läns- och närsjukvården.

7. I vilken utsträckning tillämpas händelseanalysen vid allvarliga avvikelser?



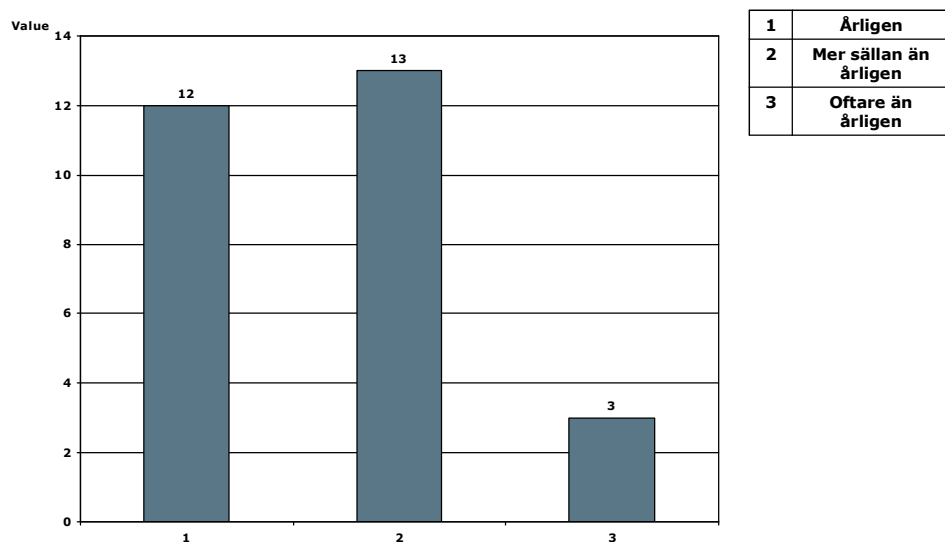
I de verksamheter som svarat att det finns en rutin för händelseanalys (se fråga 6) tillämpas den också i hög utsträckning. Över hälften tillämpar alltid rutinen och flera tillämpar den ibland eller ofta. Endast en verksamhet anger att rutinen aldrig tillämpas.

8. Finns vid din klinik / vårdcentral en dokumenterad rutin för att göra riskanalyser för att förebygga avvikelser?



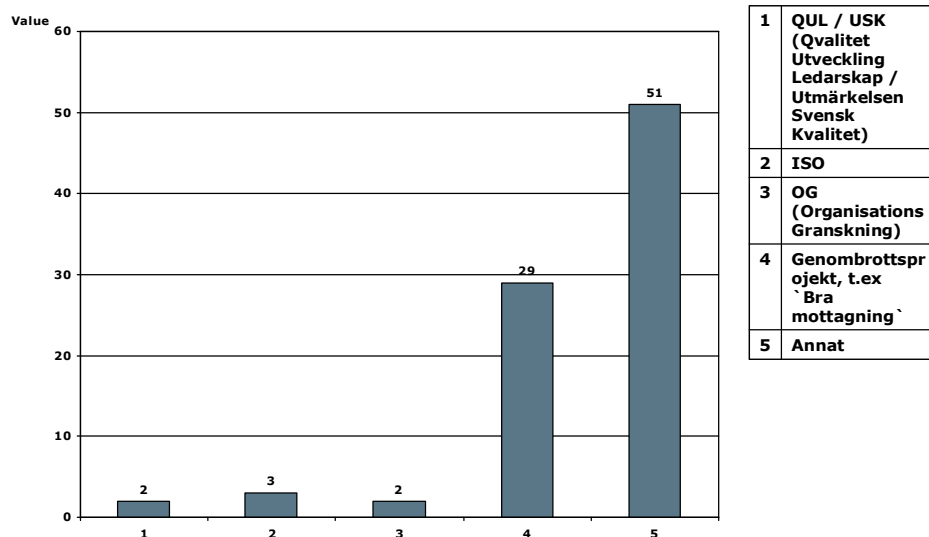
En dryg tredjedel av verksamheterna anger att det finns en dokumenterad rutin för att göra riskanalyser i syfte att förebygga avvikelser. Det finns vissa mindre skillnader mellan läns- och närsjukvården, men den psykiatriska länsjukvården förefaller kommit mindre långt i arbetet med detta. De mindre verksamheterna har dock kommit lite längre än de större i detta avseende.

9. Hur ofta revideras riskanalysen?



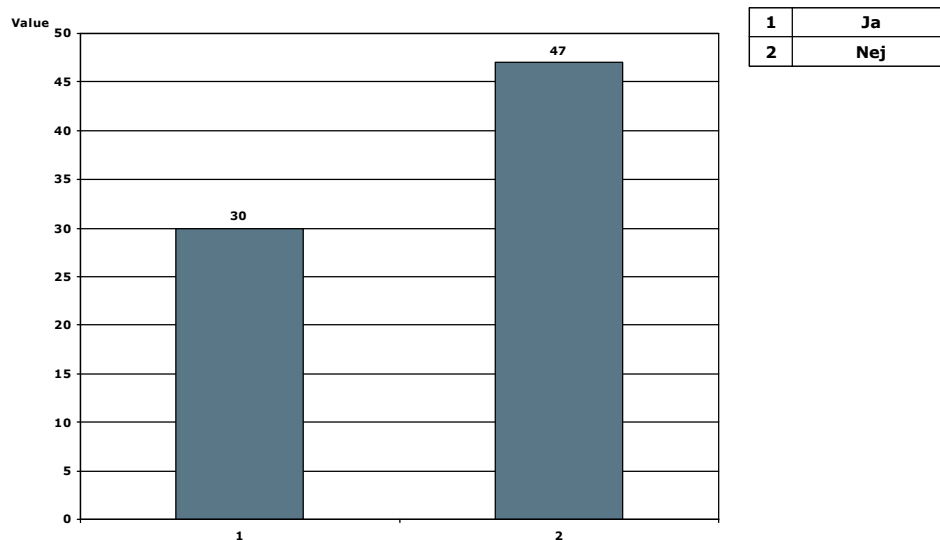
Bland verksamheterna som svarat att de har en dokumenterad rutin för riskanalys är det drygt hälften som reviderar riskanalysen årligen eller oftare.

10. Använder din klinik / vårdcentral något särskilt verktyg för systematiskt kvalitetsarbete? (Flera alternativ möjliga)



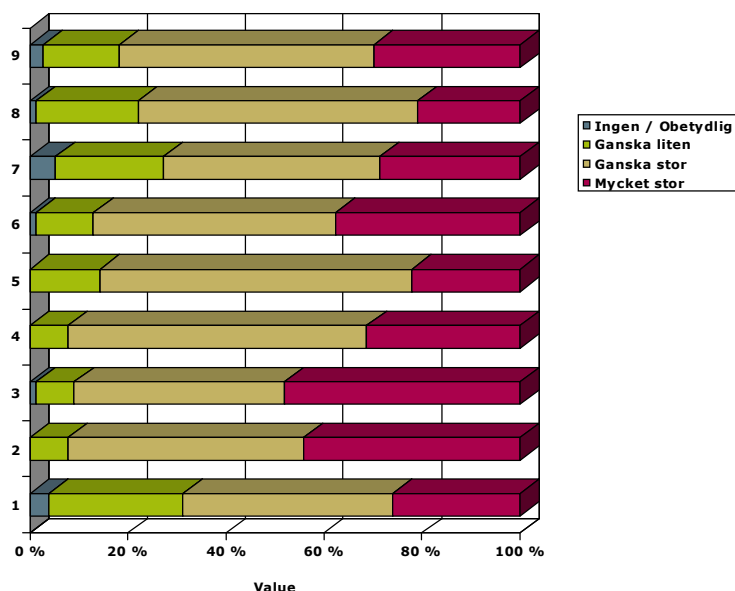
Verktyg för systematiskt kvalitetsarbete som QUL/USK (Qualitet, Utveckling, Ledarskap/Utmärkelsen Svensk Kvalitet), ISO och OG (Organisations Granskning) används i mycket liten utsträckning i verksamheterna. En klar majoritet använder i stället andra verktyg och en dryg tredjedel använder Genombrottsprojekt, t.ex. "Bra mottagning".

11. Finns inom din egen klinik / vårdcentral något kvalitetsråd, kvalitetscirkel eller motsvarande?



I ca 40 % av verksamheterna finns ett kvalitetsråd, en kvalitetscirkel eller något motsvarande, vilket således saknas i ca 60 % av verksamheterna. Vissa skillnader uppträder mellan läns- och närsjukvården, då alla av det dock mindre antalet närsjukvårdsklinikerna har denna form av verksamhet, men sammantaget är skillnaderna små.

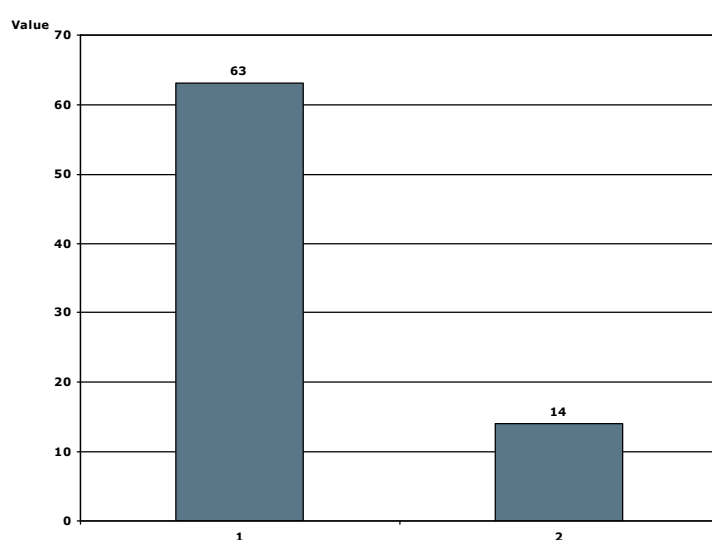
12. Vilken betydelse anser du att följande styrdokument / riktlinjer har för vårdens kvalitet?



1	Kvalitetsmål formulerade i landstingets Verksamhetsplan och Budget
2	Nationella riktlinjer / rekommendationer
3	Medicinska kvalitetsregister (läns- resp nationella)
4	Socialstyrelsens tillsynsrapporter
5	SBU-rapporter
6	Läkemedelsverkets föreskrifter
7	Riktlinjer / rekommendationer från landstingets tvärgrupper
8	Vårdprogram i landstingets Vårdprogramdatabas på intranätet
9	Riktlinjer från landstingets läkemedelskommitté

Det finns inget styrdokument eller riktlinje som anses ha mycket större betydelse än något annat, utan alla nämnda styrdokument och riktlinjer anses ha ganska stor eller mycket stor betydelse. Störst betydelse anses dock det medicinska kvalitetsregistret (läns- resp nationellt) samt nationella riktlinjer/rekommendationer ha. De svarande har uppgivit att kvalitetsmål formulerade i landstingets verksamhetsplan och riktlinjer från tvärgrupper har minst betydelse. Även för dessa områden uppger dock 70 – 75% av de svarande att riktlinjerna har stor eller mycket stor betydelse.

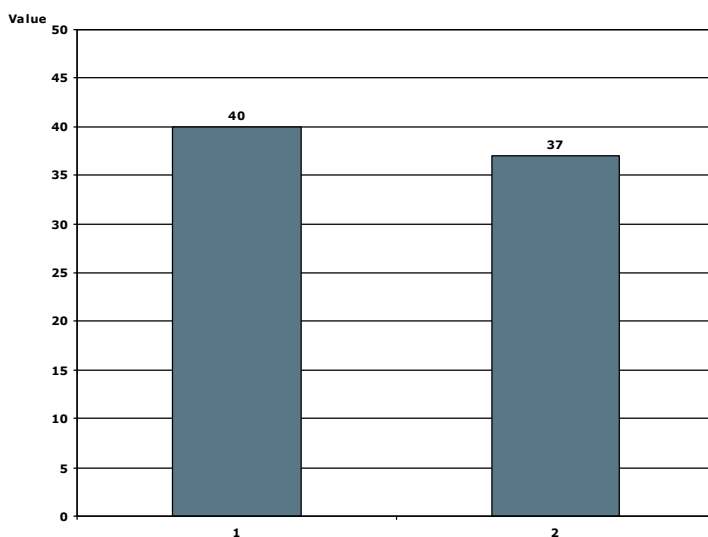
13. Finns det i landstinget fastställda mål och direktiv för det systematiska kvalitetsarbetet?



1	Ja
2	Nej

En dryg femtedel av verksamheterna anser att landstinget har fastställda mål och direktiv för det systematiska kvalitetsarbetet. De svarande vid större verksamheter menar i högre grad att landstinget har mål för detta. Noterbart är att ingen av närsjukvårdsklinikerna anser detta.

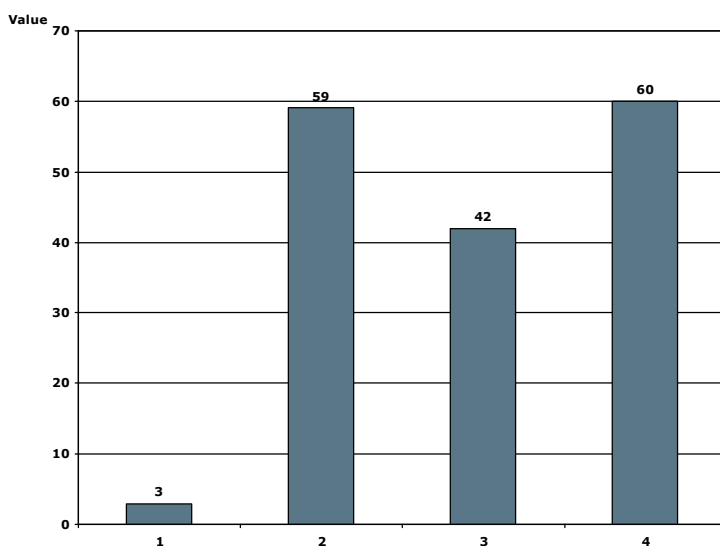
14. Finns inom din egen klinik / vårdcentral dokumenterade rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten?



1	Ja
2	Nej

Drygt hälften av verksamheterna uppger sig ha rutiner för detta. Av verksamheterna inom den somatiska länssjukvården svarar dock en något högre andel, knappt två tredjedelar, att rutiner av detta slag finns. I övriga områden har en tydlig majoritet verksamheterna inte sådana rutiner.

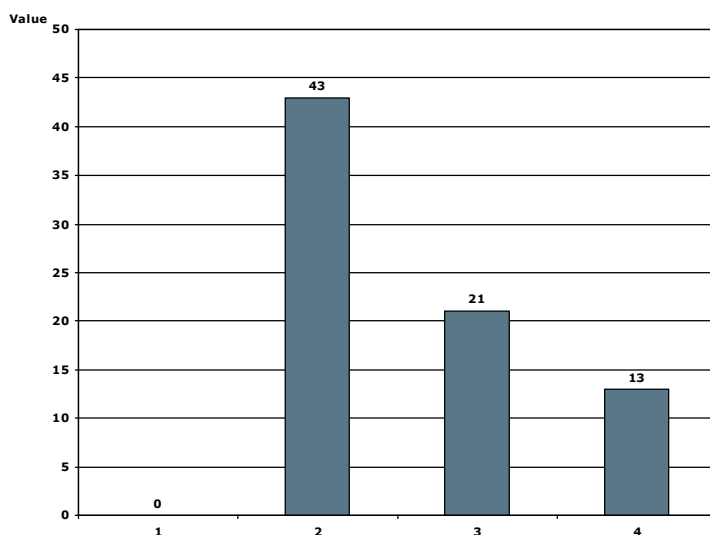
15. Finns det inom din egen klinik / vårdcentral dokumenterade mål för verksamheten? (Flera alternativ möjliga)



1	Nej
2	Ja, beträffande mål som uttrycker vad som ska uppnås med våra patienter (tex eftersträvade behandlingsresultat för olika patientgrupper).
3	Ja, beträffande `volym` eller `produktionsmål` (antal patienter, antal besök, antal operationer etc)
4	Ja, beträffande ekonomi

Nästan alla verksamheter har dokumenterade mål för sin verksamhet. Vanligast är mål rörande patienter, t.ex. eftersträvade behandlingsresultat för olika patientgrupper, samt ekonomiska mål. Drygt hälften av verksamheterna har dessutom volym- eller produktionsmål som t.ex. antal patienter, antal besök, antal operationer etc. Detta innebär att ca. ¼ av verksamheterna saknar verksamhetsspecifika kvalitetsmål.

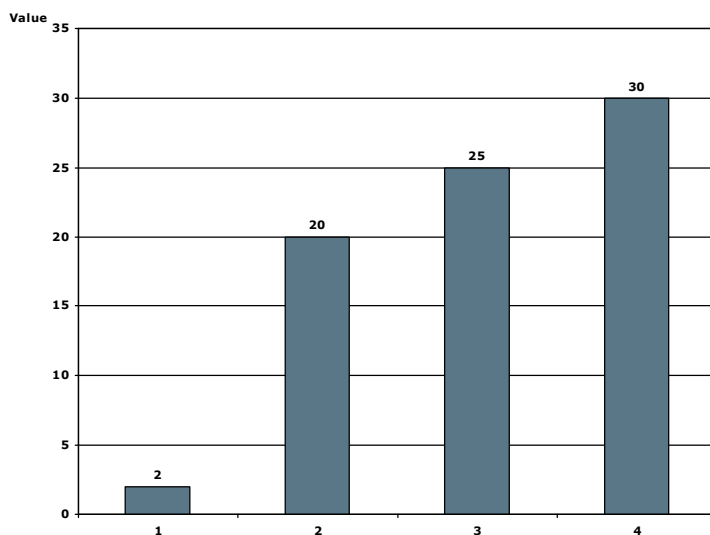
16. Sker inom din egen klinik / vårdcentral regelbunden uppföljning av verksamheten?



1	Nej
2	Ja, månadsvis
3	Ja, kvartalsvis eller tertialvis
4	Ja, årsvis

Alla kliniker och vårdcentraler följer med regelbundenhet upp verksamheten. Drygt hälften gör detta månadsvis medan övriga gör detta antingen kvartals- eller tertialvis alternativt årsvis. Bland verksamheterna med ett större antal medarbetare sker uppföljningen mer frekvent än bland de med mindre.

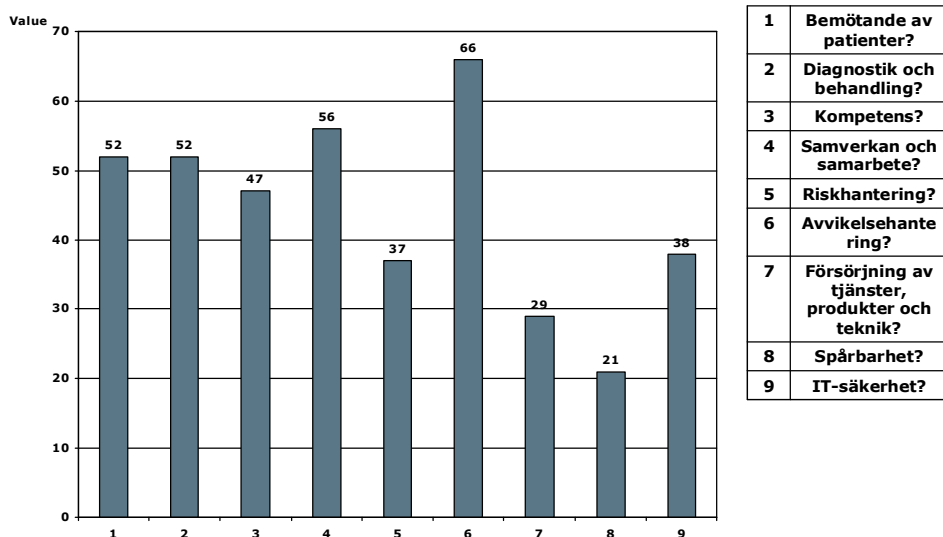
17. Sker inom din egen klinik / vårdcentral regelbunden analys och utvärdering av verksamheten?



1	Nej
2	Ja, månadsvis
3	Ja, kvartalsvis eller tertialvis
4	Ja, årsvis

Även analys och utvärdering av verksamheterna sker regelbundet i nästan alla kliniker och vårdcentraler. Vanligast är årsvis analys och utvärdering, följt av kvartals- alternativt tertialvis och månadsvis. Verksamhetens storlek har viss betydelse för hur frekvent analys och utvärdering sker, men skillnaderna är inte betydande.

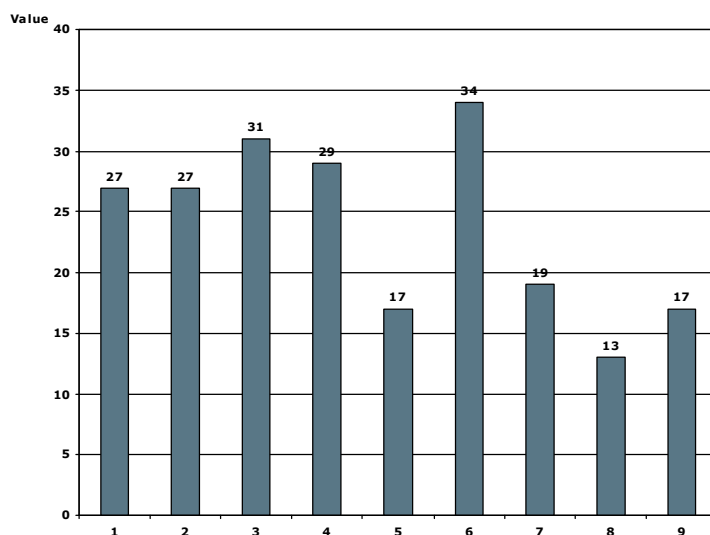
**18. Finns inom din klinik / vårdcentral rutiner för att säkerställa:
(Flera alternativ möjliga)**



I en majoritet av verksamheterna finns rutiner för att säkerställa bemötande av patienter, diagnostik och behandling, kompetens, samverkan och samarbete, avvikelsehantering. Knappt hälften av verksamheterna har dessutom rutiner för riskhantering, och IT-säkerhet. Mindre vanligt förekommande är rutiner för spårbarhet samt försörjning av tjänster, produkter och teknik, vilket grovt räknat en tredjedel av verksamheterna har.

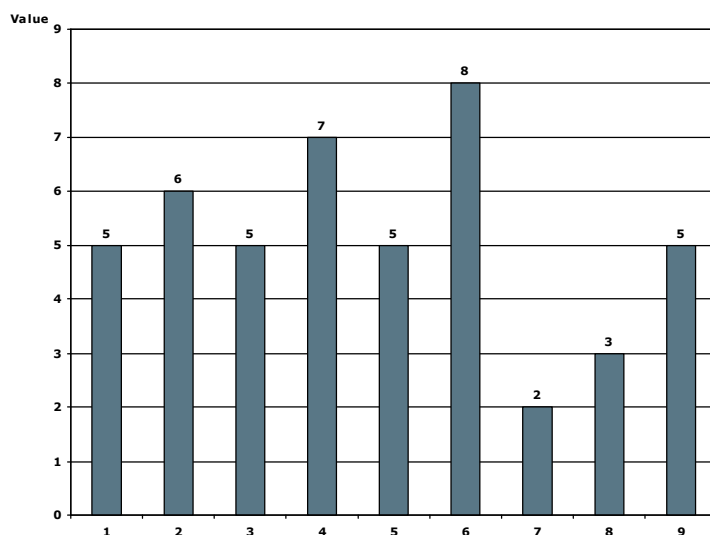
Nedan visas svaren uppdelat på de olika områdena länssjukvård somatik, länssjukvård psykiatri, närsjukvård vårdcentral och närsjukvård klinik. I diagrammen framträder tydliga likheter mellan de tre förstnämnda områdena vad gäller ovan nämnda rutiner. Området närsjukvård klinik ser av diagrammet ut att skilja sig något från övriga, men man bör inte fästa särskilt stor vikt vid detta eftersom endast fem verksamheter inom området ingår i undersökningen. Exempelvis finns i dessa fem verksamheter inte rutiner för att säkerställa kompetens, riskhantering samt försörjning av tjänster, produkter och teknik. Detta bör ställas i relation till att dessa rutiner jämförelsevis också är mindre förekommande inom verksamheterna i de övriga områdena.

**18 a) Finns inom din klinik / vårdcentral rutiner för att säkerställa:
(Flera alternativ möjliga) – Svar för område länssjukvård somatik**



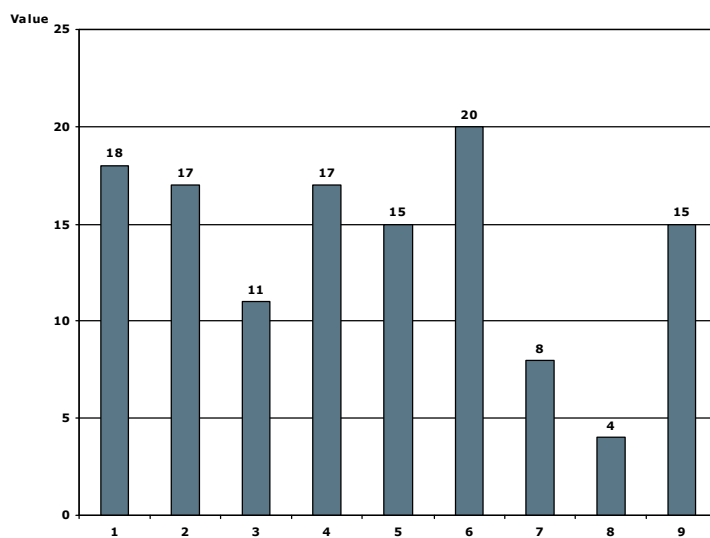
1	Bemötande av patienter?
2	Diagnostik och behandling?
3	Kompetens?
4	Samverkan och samarbete?
5	Riskhantering?
6	Avvikelsehantering?
7	Försörjning av tjänster, produkter och teknik?
8	Spårbarhet?
9	IT-säkerhet?

**18 b) Finns inom din klinik / vårdcentral rutiner för att säkerställa:
(Flera alternativ möjliga) – Svar för område länssjukvård psykiatri**



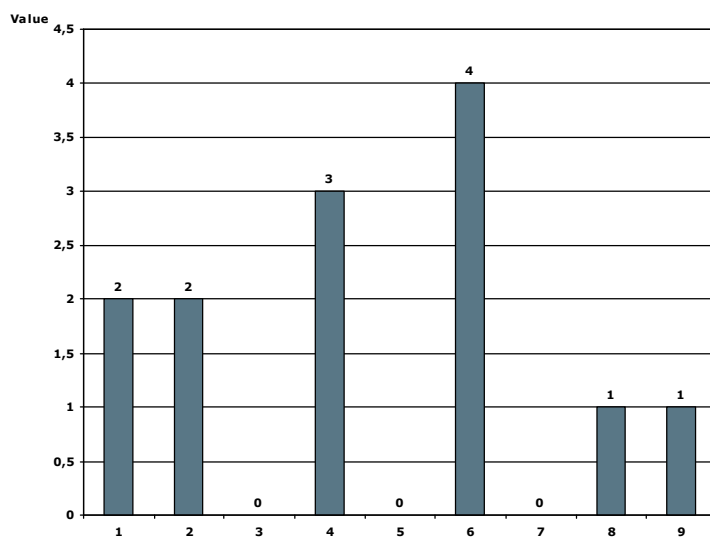
1	Bemötande av patienter?
2	Diagnostik och behandling?
3	Kompetens?
4	Samverkan och samarbete?
5	Riskhantering?
6	Avvikelsehantering?
7	Försörjning av tjänster, produkter och teknik?
8	Spårbarhet?
9	IT-säkerhet?

**18 c) Finns inom din klinik / vårdcentral rutiner för att säkerställa:
(Flera alternativ möjliga) – Svar för område närsjukvård vårdcentral**



1	Bemötande av patienter?
2	Diagnostik och behandling?
3	Kompetens?
4	Samverkan och samarbete?
5	Riskhantering?
6	Avvikelsehantering?
7	Försörjning av tjänster, produkter och teknik?
8	Spårbarhet?
9	IT-säkerhet?

**18 d) Finns inom din klinik / vårdcentral rutiner för att säkerställa:
(Flera alternativ möjliga) – Svar för område närsjukvård klinik**



1	Bemötande av patienter?
2	Diagnostik och behandling?
3	Kompetens?
4	Samverkan och samarbete?
5	Riskhantering?
6	Avvikelsehantering?
7	Försörjning av tjänster, produkter och teknik?
8	Spårbarhet?
9	IT-säkerhet?