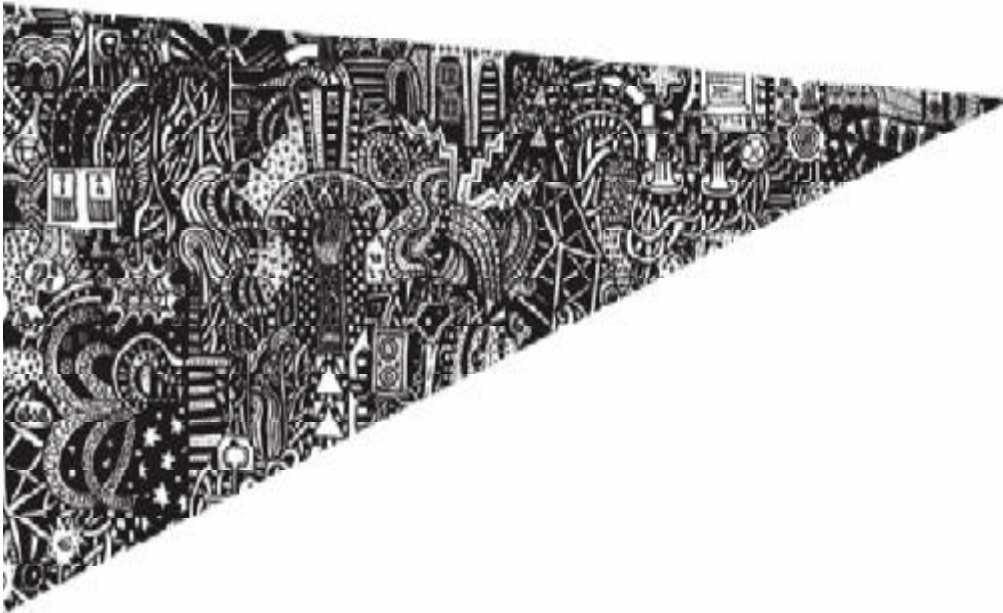


# Landstinget Dalarna

Uppföljande granskning

Hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete



## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
1.1. Väsentliga iakttagelser och slutsatser .....	2
1.2. Rekommendationer.....	2
<b>2. Inledning .....</b>	<b>4</b>
2.1. Bakgrund .....	4
2.2. Syfte.....	4
2.3. Metod.....	5
<b>3. Uppföljning av tidigare iakttagelser .....</b>	<b>6</b>

## 1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna genomfört en uppföljande granskning av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården. Den ursprungliga granskningen genomfördes år 2006.

Syftet har varit att med utgångspunkt i föregående granskning bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i den utveckling som därefter skett i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete och avvikelshantering.

### 1.1. Väsentliga iakttagelser och slutsatser

Sammantaget är bedömningen att landstinget tagit flera kliv framåt i sin kvalitetsutveckling men att en hel del ännu återstår. Nyligen har utkast / förslag till ledningssystem utarbetats såväl på landstingsnivå som för närsjukvården. Förslagen härrör från olika nivåer inom landstinget och förefaller inte helt gå i takt. Skäl finns därför att samordna arbetet. Det bedöms också som viktigt att skyndsamt avgöra vem som tar över samordningen av landstingets kvalitetsutvecklingsarbete efter att utvecklingschefen lämnat sin tjänst vid landstingets kansli.

Beträffande avvikelshanteringssystemet bedöms införandet ha skett på ett ändamålsenligt och effektivt sätt även om inte alla verksamheter ännu har infört Synergi. Benägenheten att rapportera avvikelser har ökat. Landstingets egna ansträngningar tillsammans med socialstyrelsens ändrade inställning till avvikelser har bidragit till detta. Intervjuade chefer i verksamheten uppger att bekymret nu är den vidare hanteringen av avvikelserna. Metodstöd håller på att utvecklas för att hjälpa verksamhetschefer att analysera, prioritera och välja rätt förbättringsmetod. Exempel på samlad avvikelseanalys finns från Länssjukvården men ännu inte för landstinget övergripande. Detta är ett viktigt nästa steg för att lyfta avvikelse- och patientsäkerhetsarbetet till en strategisk nivå i landstinget.

Relevanta klaganden tycks ha kommit tillstånd avseende verksamhetschefers och specialitetsgruppers ansvar kring vårdprogram.

Det systematiska kvalitetsarbetet är ännu i sin linda i Landstinget Dalarna. Detta förhållande avser situationen sammantaget och motsäger inte att det vid vissa verksamheter/basenheter finns ett kvalitetsarbete av modernaste snitt. Ännu är det dock en god bit kvar innan samtliga verksamheter har operativa ledningssystem som utgår ifrån medicinskt relevanta mål för respektive enhets patienter.

Flera personer från landstingets ledning deltar för närvarande i utvecklingsarbetet "Mäta för att leda" i Qulturums regi. Detta kan bidra till en samsyn kring betydelsen av och inriktningen mot ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete. Den stora utmaningen ligger dock i att länka samman den basenhetsvisa kvalitetsstyrningen med den landstingsövergripande.

### 1.2. Rekommendationer

Med anledning av denna gransknings resultat rekommenderas landstinget att

- ▶ Säkerställa att det utvecklingsarbete avseende ledningssystem som den tidigare utvecklingschefen stått för fortskrider och realiserar i ett ledningssystem som uppfyller kraven i föreskrift 2005:12.

- ▶ Använda en gemensam modell, tex. Balanserade styrkort, mellan de organisatoriska nivåerna enligt vilken olika styrsignaler beskrivs och förtydligas. Steg åt detta håll har tagits i 2009 års landstingsplan.
- ▶ Samordna arbetet med rutinbeskrivningar inom de områden som ska finnas enligt föreskriften. De rutiner som ska finnas beskrivna är i hög grad gemensamma för många vårdenheter.
- ▶ Vidareutveckla målen på enhetsnivå för att heltäckande fånga syftet med vården för de patientgrupper som den är till för på respektive enhet (ledningssystem på operativ nivå).
- ▶ Skyndsamt implementera Synergi vid de verksamheter som ännu inte gjort det.
- ▶ Stärka den del av avvikelsesystemet som avser uppföljning, analys och åtgärd. Detta i syfte att dels dra större operativ nytta av systemet dels öka systemets strategiska betydelse.
- ▶ Tydligt informera invånarna om deras möjlighet att kontakta Socialstyrelsen vid klagomål. Lämpligen görs detta via Landstingets hemsida.
- ▶ I landstingsplanen ge tydliga utvecklingsuppdrag till Specialitetsgrupperna och att sådana uppdrag tar en tydlig utgångspunkt i Öppna jämförelser eller direkt i kvalitetsregisterjämförelser eller i uppföljningar från intern kvalitetsuppföljning. Denna typ av uppdrag bör ges i särskilt angelägna fall.
- ▶ Öka enhetligheten i utformningen av nyttillkomna/uppdaterade vårdprogram och gör även "kortversioner" av programmen för att öka deras tillgänglighet.
- ▶ Stärka och förtydliga redovisningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet till länsinnevånarna.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Revisorerna genomförde 2006 en granskning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete. Avsikten med granskningen var dels att bedöma kvalitetsarbetet, dels att beskriva och analysera systemet för avvikelshantering. Granskningen utgick från Socialstyrelsens föreskrift 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

I den del av granskningen som avsåg bedömning av kvalitetsarbetet redovisades en rad förslag till åtgärder för att ytterligare utveckla och fördjupa detta arbete. Revisorernas sammanfattande bedömning i denna del var att det pågick ett mycket aktivt och ambitiöst kvalitetsarbete i vården men att ledningen av detta, inte minst i relation till de förtroendevalda och verksamhetsledning, måste utvecklas och i större utsträckning integreras i landstingets övergripande ledningssystem.

I den andra delen av granskningen beskrevs och analyserades det övergripande avvikelssystemet som är ett nationellt system och inte direkt påverkbart av enskilda landsting. Revisorerna rekommenderade dock styrelsen att utveckla system och metoder för att i såväl kvalitetsarbetet som i avvikelshandlingen även beakta ett samhälls- och medborgarperspektiv.

Styrelsen yttrade sig 2007-04-23 över granskningen, bl.a. genom att beskriva pågående aktiviteter kring såväl patientsäkerhet som ledning och styrning av detta arbete.

Landstingets revisorer har givit Ernst & Young AB i uppdrag att genomföra en uppföljning av den ursprungliga granskningen.

### 2.2. Syfte

Syftet med granskningen är att med utgångspunkt i föregående granskning bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i den utveckling som därefter skett i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete och avvikelshantering.

Revisorerna har formulerat fyra övergripande frågeställningar som angelägna att besvara för att uppnå det grundläggande syftet:

1. Vilka åtgärder har vidtagits med anledning av dels revisorernas rekommendationer i föregående granskning, dels de åtgärder som föreslogs i Ernst & Youngs rapport
2. På vilket sätt har Socialstyrelsens ändrade inställning kring avvikelshandlingen påverkat utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.
3. Har införandet av ett IT-baserat system för avvikelshantering medfört avsedd nytta?
4. Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte

Vi har valt att utifrån de fyra frågorna ovan och utifrån annat som framkom i den ursprungliga granskningen genomföra denna uppföljande granskning genom att besvara ett antal preciserade frågeställningar. Frågorna täcker sammantaget in de delar som revisorerna tar upp i sina fyra övergripande frågor.

### 2.3. Metod

Denna uppföljande granskning har i första hand genomförts utifrån intervjuer med personer från landstingets tjänstemannaledning.

Intervjuer har genomförts med:

- Landstingsdirektör
- Utvecklingschef
- Länssjukvårdschef / motsv
- Närsjukvårdschef / motsv
- Tre ordföranden i specialitetsgrupper (f.d. tvärgrupper)
- Systemförvaltare för landstingets avvikelshanteringssystem (Synergi)

Det stora flertalet av de preciserade frågorna (se kapitel 3) har tagits upp med de intervjuade. Svaret på följande frågor har fångats via dokumentgranskning eller via både intervju och dokumentgranskning: 3.1.3, 3.1.4, 3.1.10 och 3.1.11.

Följande dokument har granskats:

- Landstingsplan för 2008
- Verksamhetsplaner 2008 för Länssjukvården och Närsjukvården
- Verksamhetsberättelse 2007
- Årsredovisning del 2 (kvalitetsbokslut) avseende 2006 (även kallat Hälso- och sjukvårdens årsrapport)
- Nya och reviderade vårdprogram 2007 - 2008
- Landstingets hemsida
- Förslag till principer för ledningssystem för Landstinget Dalarna
- Utkast till ledningssystem för Närsjukvården

Intervjuerna har företrädesvis genomförts på plats i Landstinget Dalarna. Någon intervjuer har dock genomförts via telefon.

### 3. Uppföljning av tidigare iakttagelser

Detta avsnitt har strukturerats enligt den preciserade frågelista som överenskommit med revisorerna.

#### **3.1.1. Hur har landstinget arbetat med att göra innehållet i föreskrift SOSFS 2005:12 mer känt inom landstinget och vilka resultat har uppnåtts?**

Utvecklingschefen har genomfört ett flertal seminarier utifrån föreskriften för både politiker och tjänstemän.

Flera personer från landstingets tjänstemannaledning deltar i en utbildning kallad "Mäta för att leda". Utbildningen arrangeras av Qulturum inom Landstinget i Jönköpings län. Den utgår från föreskriften.

#### **3.1.2. Har Landstinget utarbetat en strategi och en tydlig handlingsplan för införande av ledningssystem enligt föreskriften om ledningssystem?**

Enligt landstingsdirektören finns ännu ingen handlingsplan men den håller på att formars. Ett förslag, framtaget av utvecklingschefen, är ute på remiss. Förslaget innebär att landstinget i sin övergripande styrning ska använda den definition av "God vård" i sex delar som Socialstyrelsen utarbetat och som beskrivs i en publicerad vägledning med samma namn. Förslaget innehåller också ett indikatorset med kvalitetsnyckeltal.

Landstinget har i detta förslag hämtat inspiration från bl.a. Västra Götalandsregionen.

Ett väsentligt förhållande i detta sammanhang är att utvecklingschefen som hållit i detta arbete har lämnat den övergripande landstingsnivån för en liknande tjänst vid länssjukvården. Det är nu oklart hur den vidare hanteringen sker och det bedöms finnas en risk att arbetet med att forma en strategi och en handlingsplan inte slutförs.

#### **3.1.3. Beskrivs 2008-års landstingsplan och verksamhetsplaner inom ramen för samma modell (tex. BSC)?**

Landstingsplanen utgör en väsentlig del av Landstinget Dalarnas styrsystem. Landstingsplanen lyfter fram vad verksamheten, utifrån fullmäktiges prioriteringar, förväntas uppnå på kort och lång sikt tillsammans med att resurser fördelas till olika ändamål.

Vid föregående granskning poängterades vikten av att styrsignalerna i form av mål, uppdrag och resurser, som landstingsfullmäktige fastställt i landstingsplanen omvandlas till en genomförbar och ändamålsenlig verksamhet. I samband med granskningen noterade vi att verksamhetsplanerna upprättas utifrån principerna för s.k. balanserat styrkort medan landstingsplanen har en annan struktur. Detta medför således att styrsambanden mellan fullmäktige och hälso- och sjukvården blir något otydliga. En gemensam modell tydliggör den "röda tråden" mellan de organisatoriska nivåerna.

Vi noterar att principerna för upprättandet av landstingsplanen och verksamhetsplanerna fortfarande skiljer sig åt. Enligt vad som framkommit under intervjuer har landstingsstyrelsens ordförande uttalat att balanserade styrkort ska användas av alla berörda. För att kunna se helheten i landstingets styrprocess (både landstingsplan och verksamhetsplaner) utgår granskningen från 2008 års planer. Samtidigt noteras att den nyligen antagna landstingsplanen för 2009 i högre grad än tidigare är upprättad utifrån BSC.

Vår rekommendation från den tidigare granskningen kvarstår.

**3.1.4. På vilket sätt och i vilken grad kan man säga att dagens ledningssystem är integrerat i och interagerar med landstingets ordinarie styrprocess (landstingsplan / verksamhetsplan)**

Landstingets övergripande budget- / planeringsprocess innehåller flera av de delar som ska ingå i ett ledningssystem på landstingsnivå. Det som dock saknas är ett gemensamt förhållningssätt och ett gemensamt verktyg för verksamheter / basenheter att använda vid utarbetande av lokala ledningssystem.

Bedömningen är sammantaget att landstinget ännu saknar ett sammanhållet och väldefinierat ledningssystem enligt föreskriftens krav. Detta motsäger inte att enskilda verksamheter har utarbetat ledningssystem.

I de delar som landstinget lever upp till kraven på ledningssystem på övergripande nivå så är delarna integrerade med den ordinarie styrprocessen. Beträffande övriga delar så är bedömningen att dessa saknas. Således är frågan i detta avseende inte möjlig att besvara.

Trots bedömningarna ovan finns tveklöst landstingsgemensamma rutiner avseende ett av de områden som omfattas av föreskriftens krav: avvikelshantering.

**3.1.5. I vilken grad finns idag lokala styr-/ ledningssystem vilka uppfyller kraven om ledningssystem och länkar till landstingets övergripande system?**

Fortfarande saknas ett "paraply" eller en struktur, t.ex. via landstingets intranät, som hjälp till verksamheter att utforma sina ledningssystem. Vi bedömer att det finns mycket att vinna på en sådan gemensam struktur. De rutiner som ska finnas beskrivna är i hög grad gemensamma för många vårdenheter.

Sedan en kortare tid finns ett förslag framtaget i landstinget till ledningssystem. Förslaget presenterar en övergripande struktur för ledningssystemet och innehåller också grundprinciper och mål för det systematiska kvalitetsarbetet. I förslaget presenteras däremot inte en gemensam struktur för och gemensamma rutinbeskrivningar att användas av verksamheterna. Detta kan dock bli ett lämpligt nästa steg. Inom närsjukvården finns ett utkast till en sådan gemensam struktur som också innehåller vissa rutinbeskrivningar.

Det bedöms som att landstinget tagit och tar flera kliv mot att skapa ett ledningssystem enligt föreskriftens krav. Utvecklingsarbetet bör samordnas så att man inte hamnar i en situation där varje verksamhetsområde skapar ett eget ledningssystem. Eftersom ett flertal rutinbeskrivningar är gemensamma bör dessa skrivas fram samlat. Respektive verksamhetschef bör därefter ansvara för att rutinerna anpassas till de egna förutsättningarna.

**3.1.6. Har målen på enhetsnivå utvecklats för att heltäckande fånga syftet med vården för de patientgrupper som den är till för på respektive enhet?**

I detta avseende är situationen i stort sett oförändrad gentemot den bild som framkom i den ursprungliga granskningen. Fortfarande bedöms det generellt sett återstå mycket att göra innan varje basenhet har medicinskt relevanta mål för sina viktigaste patientgrupper, mål som blir föremål för systematisk utvärdering och förbättring.

### **3.1.7. Hur fungerar landstingets avvikelshantering?**

*Hur arbetar landstingets tjänstemannaledning och utvecklingsavdelningen för att få medarbetarna att rapportera alla avvikelser*

Utbildningar har genomförts och det finns idag patientsäkerhetssamordnare och avvikelsehandläggare på samtliga basenheter. Utbildning har skett på samtliga basenheter. Ännu har dock inte samtliga basenheter implementerat Synergi. Vuxenpsykiatri, kvinnokliniken, akuten och kirurgkliniken i Falun är enheter som bara sedan några månader har implementerat Synergi. Habiliteringen och Barn- och ungdomspsykiatri har ännu inte implementerat systemet. Troligen sker detta under hösten 2008.

*Hur har antalet och karaktären på avvikelser förändrats under de senaste åren?*

Tveklöst har antalet avvikelser ökat. De intervjuade har däremot svårare att uttala sig om karaktären på avvikelserna har ändrats. Synergi har nu funnits i drift i ca. 1,5 år och man börjar kunna få ut data ur systemet. Möjligheten att sammanställa och kategorisera äldre avvikelser är förknippad med manuellt arbete och stor tidsinsats och har därför inte utförts.

*Hur har landstinget dragit nytta av Socialstyrelsens ändrade inställning till avvikelshantering?*

Ja, landstingsdirektören menar att detta har använts av bl.a. honom själv för att motivera verksamheterna att rapportera avvikelser. Flera andra chefspersoner som intervjuats bekräftar detta.

*Hur bedöms medarbetarnas attityd vara till att rapportera avvikelser, har attityden förändrats under senare år?*

De intervjuade uppger samfällt att det nu är betydligt lättare att få personalen att rapportera avvikelser.

*Hur fungerar landstingets nya IT-baserade system för avvikelshantering?*

Sammantaget är vår bedömning att systemet är ändamålsenligt. Funktionaliteten avseende själva rapporteringen tycks god, de intervjuade uppger att inrapporteringen fungerar smidigt. Det som idag skapar bekymmer är den hantering som cheferna ska stå för. En stor mängd avvikelserapporter skrivs och cheferna har svårt att hinna med den vidare hanteringen. Behov finns av stöd till verksamhetschefer att analysera och prioritera bland avvikelserapporterna. Detsamma gäller val av förbättringsmetod. Enligt den f.d. utvecklingschefen pågår ett arbete för att ta fram ett sådant stöd till verksamhetscheferna.

*Erhålls ur systemet systematiserad och aggregerad information om avvikelser och i vilken grad avvikelser åtgärdats?*

Uppföljning och analys är ännu inte en stark del i landstingets avvikelssystem. Däremot finns krav på att alla ska rapportera i vilken grad avvikelser har åtgärdats. Detta ska rapporteras i Hälso- och sjukvårdens årsrapport – del 2, som ska presenteras i maj men som sannolikt inte blir klar förrän efter sommaren. Hittills har verksamheternas följsamhet inte varit god avseende denna rapportering. Detta framgår av 2006 års rapport.

I intervjun med samordnaren för chefläkarna inom länssjukvården har framkommit att chefläkargruppen nyligen ställt ett antal frågor till systemet. Detta har givit vid handen att

systemet defacto kan leverera systematiserad och intressant information på övergripande nivå. Chefläkargruppen har via denna uppföljning kunnat konstatera systematiska brister i läkemedelshanteringen inom länssjukvården. Bristen har haft sin grund i att ändringar i läkemedelsordinationen i läkarjournalen inte slår igenom i sjuksköterskejournalen. Detta har föranlett chefläkargruppen att dels uppmärksamma verksamheterna om denna risk dels kontakta leverantören av det digitala journalsystemet och påtala denna felaktighet. Exemplet visar med stor tydlighet på förtjänsterna med ett avvikelshanteringssystem.

*Vilka slutsatser drar landstingsledningen av den aggregerade avvikelseinformationen och vilken fortsatt utveckling planeras avseende avvikelshanteringen?*

Denna typ av övergripande analyser har ännu inte skett på landstingsnivå.

*Ges idag information på landstingets hemsida eller på annat sätt till patienter om deras möjlighet att anmäla avvikelser till Socialstyrelsen?*

Från och med år 2007 är det Patientnämnden och inte Förtroendenämnden patienter ska vända sig till om de inte är nöjda med sjukvården. Informationen framgår på Landstingets hemsida. Mer information om hur patienter kan agera och vart de kan vända sig om de inte är nöjda mer vården ges under rubriken "Om du inte är nöjd".

I den tidigare granskningen bedömdes att Landstinget tydligare bör informera patienter, anhöriga och befolkningen om deras möjligheter att själva anmäla avvikelser till Socialstyrelsen. Bakgrunden till rekommendationen är att Socialstyrelsen i en rapport från 2003 kom fram till att allmänhetens kunskaper om vart man vänder sig med olika former av klagomål är dålig.

Information om allmänhetens möjligheter att kontakta Socialstyrelsen vid klagomål framgår fortfarande inte på Landstingets hemsida. Rekommendationen om att åtgärda detta kvarstår således.

### **3.1.8. Har verksamhets- och enhetschefers ansvar för tillämpningen av gällande vårdprogram (och ansvaret för uppföljning av detsamma) klargjorts?**

Specialitetsgrupperna har ansvar för att utarbeta vårdprogram och för att dessa hålls uppdaterade samt att de görs tillgängliga via landstingets vårdprogramdatabas. När det gäller uppföljning av tillämpningen så är detta något som numera ingår i Hälso- och sjukvårdens årsrapport<sup>1</sup>. Basenhetsvis ska relevanta kvalitetsregister redovisas samt vilken täckningsgrad som gäller för respektive enhet. Redovisningen av täckningsgrad är ännu inte komplett. Uppställningen i årsrapporten följer i hög grad Socialstyrelsens definition av begreppet "God vård" i områdena Säker vård, Kunskapsbaserad vård, Vård i rimlig tid, Effektiv vård, Patientfokuserad vård. Det enda område som inte finns med i landstingets årsrapport, men som ingår i Socialstyrelsens definition av God vård, är Jämlik vård.

Sammantaget framstår dagens situation som en förbättring jämfört med 2006.

### **3.1.9. Har det klargjorts vad Specialitetsgrupperna (f.d. Tvärgrupper) i praktiken förväntas göra för att "bidra" till tillämpningen av vårdprogram?**

Det har skett en organisatorisk förändring kopplad till specialitetsgrupperna. Tidigare var grupperna underordnade förvaltningschefen för Hälso- och sjukvård i samverkan med läns-

<sup>1</sup> Uppgifterna baseras på 2006 års rapport då 2007 års rapport ännu inte föreligger.

och närsjukvårdscheferna. Landstingsdirektören var tillika förvaltningschef för hälso- och sjukvården. I den nya organisationen är specialitetsgrupperna underordnade läns- respektive närsjukvårdschefen.

Enligt de intervjuade har uppdraget till specialitetsgrupperna förtydligats och avgränsats. Enligt några av de intervjuade blev uppdraget som ordförande tidigare till alltför stor del att leverera kvalitetsdata.

Nuvarande uppdrag innebär bl.a. att utarbeta vårdprogram, hålla dem uppdaterade samt göra dem kända bl.a. genom att hålla utbildningar. Sammantaget bedöms att uppdraget har förtydligats.

### **3.1.10. Ges tydliga utvecklingsuppdrag till Specialitetsgrupperna (f.d. Tvärgrupper) i Landstingsplanen?**

Specialitetsgrupperna har ett ansvar för att driva kvalitetsutvecklingen inom sina respektive områden. De utgör också en viktig stabs- och stödfunktion med uppdrag att sätta ramar och föreslå riktlinjer för verksamheten. I samband med tidigare granskning framfördes förslaget att Specialitetsgruppen kan ges utvecklingsuppdrag i exempelvis Landstingsplanen för att på så sätt tydliggöra Specialitetsgruppernas roll i Landstingets styrmodell.

Det finns, enligt landstingsdirektören, konkreta planer på detta som ännu ej förverkligats. Avseende strokevård, astma/KOL, cancer och hjärtsjukvård sker en planering på regionnivå via de regionala specialitetsgrupperna. Det finns också en politisk avstämning i detta arbete. Nästa steg kan vara att detta lyfts in och bildar underlag för mål i landstingets budget.

I övrigt finns få exempel på detta.

Med anledning av att tydliga utvecklingsuppdrag till Specialitetsgruppen saknas i aktuell Landstingsplan kvarstår tidigare rekommendation.

### **3.1.11. Har utvecklingsuppdragen en separat finansiering och sker uppföljning / återrapportering?**

Frågan inte möjlig att besvara, se 3.1.10.

### **3.1.12. Har en ökad enhetlighet i utformningen av nytillkomna/uppdaterade vårdprogram skapats och är de nya programmen kortare?**

Inom Specialitetsgrupperna finns s.k. profilgrupper som har hand om utarbetandet av nya vårdprogram.

Inom ramen för granskningen har vi studerat fem vårdprogram som är nytillkomna/uppdaterade efter den förra granskningen. Vi noterar att dessa saknar en gemensam struktur och att vårdprogrammets omfattning varierar. Vid en jämförelse mellan de nytillkomna/uppdaterade vårdprogrammen och två stycken som var aktuella vid förra granskningen framkommer att de nya/reviderade är något kortare.

Situationen bedöms i allt väsentligt vara oförändrad gentemot vad som framkom i granskningen år 2006.

Med anledning av ovanstående låter vi vår tidigare rekommendation kvarstå.

**3.1.13. Finns gemensamma riktlinjer för rutinbeskrivningar enligt föreskriften om Ledningssystem och hur samordnas detta arbete?**

Nej, däremot kan det arbete som för närvarande bedrivs inom närsjukvården bilda utgångspunkt för sådana riktlinjer. Se fråga 3.1.5.

**3.1.14. Hur arbetar landstinget med att säkerställa att de förbättringsbehov som kan identifieras via kvalitetsregisterjämförelser (och Öppna jämförelser) leder till faktiska och varaktiga förbättringar i verksamheten.**

Det sker en informell styrning av detta. Exempelvis har diabetes identifierats som ett område där Landstinget Dalarna kan förbättra sig. Arbetet sker i en länsgrupp, ett organ där olika specialitetsgrupper samverkar. I detta fall samverkar specialitetsgrupperna allmänmedicin och medicin.

Landstingsledningen har haft presskonferens om landstingets utfall i samband med att Öppna jämförelser publicerades hösten 2007. Dessutom tar landstingsdirektören upp och presenterar ett område i taget i de interna veckobrev som han skriver på intranätet.

Det har dock inte framkommit att en tydlig politisk inblandning i utvärdering och prioritering av förbättringsarbetet sker utifrån Öppna jämförelser. Vi har inte förstått att det på landstingsnivå sker en samlad analys av landstingets utfall i Öppna jämförelser. Inom länssjukvården har respektive verksamhetschef analyserat materialet. Därefter har frågan varit upp till diskussion i länssjukvårdens ledningsgrupp.

Hälso- och sjukvårdens årsrapport samt Primärvårdens kvalitetsbokslut är dokument som nu tagits fram under ett antal år. Det är stora mängder information som sammanställs i dessa dokument och delar av informationen blir föremål för politisk föredragning. Ännu finns brister i följsamhet till rapporteringen. Sannolikt sammanhänger detta med att ledningen inte fullt ut börjat använda kvalitetsinformationen för aktiva styråtgärder gentemot basenheterna.

**3.1.15. Hur tydligt redovisar landstinget sitt kvalitetsarbete och främst sin kvalitetsnivå för medborgarna? Klargörs aktuella nivåer på tillgänglighet och andra för invånarna väsentliga kvalitetsaspekter på landstingets hemsida?**

På hemsidan finns ingen information om vare sig resultat från rapporten Öppna jämförelser eller andra kvalitets- eller tillgänglighetsdata.

Stockholm den 14 augusti 2008

Helena Bengtsson

Andreas Endrédi