

Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063 - 15 34 57  
E-post:

Revisorerna i  
Region Jämtland Härjedalen

## Svar på granskning av ledningssystem inom Region Jämtland Härjedalen

Regionens revisorer har genomfört en granskning av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I revisionens diarium har rapporten nummer Rev/27/2016. Rapporten tillför värdefulla aspekter till Region Jämtland Härjedalens ständiga arbete att uppfylla kraven enligt SOSFS2011:9.

De resultat av granskningen som revisionen redovisat, återges ordagrant nedan. Svaren återfinns i anslutning till respektive resultat.

- 1) *Vi ser positivt på den kvalitetspolicy som fullmäktige beslutat om. Den ger på en övergripande nivå förutsättningar för kvalitetsarbetet. Vi saknar dock en mer konkret uttolkning eller handlingsplan kopplad till denna policy.*

Svar: Det är under arbete att ta fram konkret stöd för arbetet med kvalitet på ett mer långsiktigt plan.

Kvalitet i vården, hur patienter uppfattar kvalitet är en viktig del. Även om de övergripande dokumenten inte är heltäckande finns olika sätt att få svar på hur kvalitet uppfattas ur patientens perspektiv. Ett sätt är via nationella patientenkäter, där regionen deltar varje år avseende primärvården och vartannat avseende somatiska specialiserade vården. Därutöver finns enkäter för patienter som besöker akutmottagningen. Flera kvalitetsregister innehåller numera uppgifter om hur patienter uppfattar att resultatet av t.ex. en operation eller rehabilitering utfallit. Resultat från kvalitetsregister kan användas mera. Det är en brist i Sverige, som uppmärksammas alltmer.

Kvalitetspolicyn riktar sig till hela Region Jämtland Härjedalen, och alla verksamheter. Vid konkretisering är det viktigt att policyns intentioner bibehålls då den konkretiseras inom hälso- och sjukvård respektive regional utveckling.

- 2) *Det bör tillskapas en samsyn och tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processorienterat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas inom regionen.*

*En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*

Svar: Denna synpunkt är framförd och delvis kommunicerad med hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp. Vi är medvetna om att processer tolkas på olika sätt inom olika verksamheter. Vår uppfattning är att en samsyn om vad processororienterat arbetssätt innebär bör bli bättre. De svar revisionen fått från olika personer vittnar om att det finns olikheter. Till viss del kan det bero på att verksamheterna är mycket olika. Angående att definiera vilka processer som behövs är detta delvis gjort. För processer där det finns nationella riktlinjer framtagna är processerna mer tydliga och det finns målvärden framtagna.

En viktig aspekt är på vilka nivåer processerna ska vara framtagna. I ledningssystemet är intentionen att rutiner tillhörande patientgrupper (processer) som flera verksamheter är berörda av, ska finnas tillgängliga i ledningssystemet via hälso- och sjukvård från insidans vy. Såsom framkommit av svaren i revisionsrapporten finns numera en fastställd struktur för verksamhetsområdena att förhålla sig till när de lägger in sina rutiner. Det är varje verksamhetschef som ansvarar för bedömning av vilka rutiner (processer) som ska vara nåbara direkt från insidans vy. Det påverkar således vilka processer som uppfattas vara övergripande, eftersom vi valt att verksamhetscheferna ska göra bedömningen.

3) *Regionledningen efterfrågar inte på ett systematiskt sätt hur vårdprocesserna fungerar. Detta skapar inget tryck på områdescheferna att vidareutveckla de processer som inte fungerar.*

Svar: Frågan kan till stor del höra samman med fråga 2. Hälso- och sjukvårdsdirektör har i verksamhetsplan skrivit in att verksamheterna ska välja vilka medicinska mätetal som ska följas.

Flera av hälso- och sjukvårdens kärnprocesser följs i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Där ges bland annat uppdrag till verksamhetschefer utifrån kvalitetsresultat att genomföra förbättringsarbeten. Ett sådant exempel är snabbspår höftfraktur med flera delar av sjukvården inblandad, vilket mynnat ut i ett bättre flöde och minskade omloppstider. Ett annat exempel är flödet för patienter med prostataproblematik där ett omfattande arbete har genomförts med ett högintensivt förbättringsarbete (HIFA).

Däremot pekar revisionens granskning på att regionledningen borde bättre följa kärnprocesserna och deras resultat på exempelvis ledningens

genomgång som genomförs årligen. Detta ska regionledningen hörsamma och införa under rubriken kvalitet på ledningens genomgång. Där ska ledningen genom att se över resultat med tillhörande analys för vissa av kärnprocesserna kunna bedöma den kvalitet som processen ger. Finns det behov av förbättringar eller förändringar kan regionledningen så besluta vid genomgången.

4) *Det saknas idag en heltäckande bild av hur olika kärnprocesser fungerar. Detta medför att ledningssystemet inte ger en heltäckande bild av hur hälso- och sjukvården i regionen fungerar. Detta riskerar medföra att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser inte sker inom områden där behoven är störst.*

Svar: Processer kan delas in på olika sätt. En viktig process som löper igenom alla patientgruppspecifika processer är tillgänglighet. Tillgänglighet följs kontinuerligt och kapacitets- och produktionsplanering tillämpas inom alla vårdverksamheter. Tillgänglighet har högt fokus hos hälso- och sjukvårdsdirektören och hela ledningen.

Det finns kärnprocesser (läs patientgrupper) som inte har några kvalitetsmätetal framtagna varken nationellt eller lokalt. Återigen spelar kvalitetsregisteranvändning stor roll. Det finns resultat, som inte används alls, eller i betydligt lägre omfattning än önskvärt.

5) *Regionen saknar idag en utsedd person med uppgift att driva utvecklingen av ledningssystemfrågan framåt. En sådan person bör därför utses.*

Svar: Detta måste vara ett missförstånd. Region Jämtland Härjedalen har en utsedd person med uppgift att driva utvecklingen av ledningssystem framåt. ISO 9001 betonar högsta ledningens ansvar för ledningssystemet och dess resultat. Inom Region Jämtland Härjedalen finns en styrgrupp utsedd som hittills bestått av hälso- och sjukvårdsdirektör, regionstabschef, kommunikationschef, utvecklingschef, kvalitetsstrateg och vårdstrateg. Till stöd för enhetschefer har en kort presentation tagits fram av vad ett ledningssystem är, som kan visas på t.ex. arbetsplatsträffar. Syftet med presentationen är att motivera nyttan med ett ledningssystem. Alla nya chefer får utbildning om vad ett ledningssystem är.

6) *Granskningen visar att fler riskanalyser bör göras för att motverka hinder i arbetet att uppnå god kvalitet.*

Svar: Det är allmänt önskvärt att riskanalyser ska göras, och att dess resultat ska användas. Antal riskanalyser ökar över tid, men regionen skulle kunna vinna på att göra fler. De riskanalyser som utförs har ofta arbetsmiljöaspekter i fokus, eftersom det är ett lagkrav. Det görs dock ofta parallellt riskanalyser utifrån ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv. Exempel på genomförda riskanalyser är inför uppdatering av journalsystemet COSMIC, införande av operationsrobot och införande av ny beredskapsorganisation inom primärvården.

- 7) *Granskningen visar att dokumenthanteringssystemet Centuri, som är en del i ledningssystemet, inte är tillräckligt stöd i verksamheternas arbete. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument kan sökas fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Regionstyrelsen bör säkerställa att ledningssystemet lever upp till verksamhetens krav på användarvänlighet.*

Svar: Dokumenthanteringssystemet Centuri är inte en del i ledningssystemet. Däremot innehåller Centuri dokument som tillhör ledningssystemet. Oavsett vilket system som används, behövs viss kunskap om hur systemet är uppbyggt. Vi vet att en del medarbetare uttrycker att systemet ska vara självinstruerande, dvs. att det inte ska behövas någon utbildning för att använda systemet. Jämförelse kan göras med hur förberedelser och uppbyggnad av resurser för det relativt nya journalsystemet har lagts upp. För att kunna använda journalsystemet anses det självklart att medarbetare ska få utbildning och fortbildning då det kommer nya versioner. Synsättet borde inte vara annorlunda när det gäller att ha kunskap om ledningssystem och det dokumenthanteringssystem som ledningssystemet lagras i.

För att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet innehåller dokumenthanteringssystemet funktioner som ger möjlighet till granskning, godkännande, giltighetstid och versionshantering för dokument (t.ex. rutiner för hälso- och sjukvård) tillhörande ledningssystemet. Detta handhavande kan tyckas omständligt, men viktigt för att underlagen som hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån ska vara rätt. Till hjälp för användarna i de olika verksamheterna finns en sökfunktion, som ska underlätta att få fram de dokument som behövs. Sökfunktionen ska förbättras under hösten.

De flesta användare av ledningssystemet, har behörighet att kunna läsa dokument. En betydligt mindre grupp av medarbetare har roll som utfärdare. Denna grupp behöver högre kunskapsnivå, eftersom dessa även skriver dokument som ska tillhöra ledningssystemet. Det är viktigt att utfärdarna har kunskap om hur dokument ska benämnas för att de ska vara lätt sökbara i systemet. Kvalitetsstrateg utbildar så kallade delsamordnare inom varje verksamhetsområde. Delsamordnare har till uppgift att inom respektive verksamhetsområde hjälpa till med systematisering av innehåll i ledningssystemet utifrån den struktur som är beslutad för Region Jämtland Härjedalen.

Alla chefer bör i rollen som handläggare i dokumenthanteringssystemet ha grundläggande utbildning i dokumenthantering.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson

Tf Regiondirektör