

Granskning av Region Kronobergs ledningssystem

Granskning på uppdrag av Region
Kronobergs revisorer

Februari 2021

Nils Rydmarker

Kajsa Björsell

Jens Silfvander



Innehåll

1. Sammanfattning	4
2. Inledning	7
2.1. Bakgrund	7
2.2. Syfte och avgränsningar	7
2.3. Revisionsfrågor	7
2.4. Revisionskriterier	8
2.5. Metod	8
2.5.1. Dokumentstudier	9
2.5.2. Semistrukturerade intervjuer	10
2.5.3. Självskattning	10
2.6. Projektets organisation	10
3. Bakgrund	11
3.1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	11
3.2. Definitioner	12
3.2.1. Ledningssystem	12
3.2.2. Process	12
3.2.3. Kvalitet	12
3.2.4. Egenkontroll/internkontroll	13
3.3. Förteckning över relevanta IT-stöd	13
4. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer	14
4.1. Iakttagelser: Uppfyllelse av lagar och regler	14
4.1.1. Region Kronoberg saknar ett gemensamt ledningssystem	14
4.1.2. Beskrivning av pågående projekt för att skapa ett gemensamt ledningssystem	15
4.1.3. IT-stöd för verksamhetsplanering och uppföljning	18
4.1.4. Det finns ingen enhetlig definition av begreppet kvalitet	19
4.1.5. Det finns viss dokumentation kring vilka lagar och föreskrifter som ska följas för att säkerställa kvalitet i hälso- och sjukvården	20
4.1.6. Det finns tydliga vårdprocesser	22

4.2.	Bedömning och rekommendation: Uppfyllelse av lagar och regler	23
4.3.	Iakttagelser: Uppföljning och kontroll	24
4.3.1.	Uppföljning och egenkontroll/internkontroll	24
4.3.1.	Regionen har till viss del dokumenterade rutiner för verksamhetsuppföljning och kontroll	26
4.3.2.	Struktur för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter	27
4.3.3.	Kontrollpunkterna stöttar i samordning och uppföljning	29
4.4.	Bedömning och rekommendation: Uppföljning och kontroll ...	29
4.5.	Iakttagelser: Ansvarsfördelning och roller	30
4.5.1.	Strukturer för ägarskap och ansvar	30
4.6.	Bedömning och rekommendation: Ansvarsfördelning och roller	32
5.	Övergripande bedömning	33
6.	Bilagor.....	36
6.1.	Bilaga 1 – Förteckning över intervjuade	36
6.2.	Bilaga 2 – Påstående och svarsalternativ för självskattningsenkäten	37
6.3.	Bilaga 3 – Självskattningsenkät.....	39
6.4.	Bilaga 4 – Förteckning över vilka funktioner som mottagarna av enkäten har.	52

1. Sammanfattning

Granskningen syftar till att ta reda på om Regionstyrelsen säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Fördjupning har skett avseende ledningssystem för hälso- och sjukvården.

Granskningens revisionsfrågor har besvarats genom dokumentstudier, semistrukturerade intervjuer samt en enkät med självskattningsfrågor. Granskningen genomfördes under perioden oktober 2020 till februari 2021.

Svar på den övergripande revisionsfrågan och sammanfattande bedömning:

Har Regionstyrelsen säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?

Helseplans bedömning är att **Regionstyrelsen inte har säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det finns inget regiongemensamt ledningssystem trots att Regionstyrelsen tog beslut om att införa ett redan 2012.** Vi bedömer vidare att det i den politiska organisationen och i förvaltningen finns en utbredd uppfattning om att det finns ett regiongemensamt ledningssystem. Ingen har kunnat redogöra för enskilda beslutade dokument som bekräftar detta och det pågående projektet Övergripande ledningssystem bevisar att detta är en felaktig uppfattning. Projektets projektplan, som beslutades 2020, tydliggör att det inte finns något regiongemensamt ledningssystem.

Vi bedömer att det som **förtroendevalda och tjänstemän anser är ledningssystemet är snarare så kallade kontrollpunkter som syftar till att styra och leda Region Kronoberg.** Det handlar framför allt om den politiskt beslutade budget som bryts ner i verksamhetsplaner och handlingsplaner i förvaltningen som sätter mål och ramar för hur verksamheten ska bedrivas. En ytterligare kontrollpunkt är interkontrollplanen som fastställs i styrelse och i respektive nämnd.

Helseplans övergripande **rekommendation** är därför att **Regionstyrelsen skyndsamt ska säkerställa att projektet Övergripande ledningssystem implementeras och att Regionstyrelsen samtidigt upprättar mekanismer för löpande uppföljning och kontroll för att säkerställa att det regiongemensamma ledningssystemet är ändamålsenligt och långsiktigt hållbart.**

Sammanfattande svar på respektive revisionsfråga:

1. Har Regionstyrelsen/Hälso- och Sjukvårdsnämnden säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området?

Helseplan bedömer att varken Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området. Det finns ett beslut från 2012 om att ett regiongemensamt ledningssystem ska införas. Förstudien presenterades 2018, vilket är ett mycket långt tidsspann för att börja verkställa ett beslut. Detta medför att Region Kronoberg fortfarande saknar ett enhetligt ledningssystem och att det därmed inte heller finns någon tydlig inventering av lagar och föreskrifter, ingen gemensam definition av begreppet kvalitet eller tydliga processer för ett systematiskt kvalitetsarbete. Det pågående projektet Övergripande ledningssystem har en väldigt snäv avgränsning samt saknar tidplan och slutpunkt vilket tydligt försvårar införandet av ett ledningssystem. Vi bedömer att det finns delar av ett ledningssystem i form av kontrollpunkter genom till exempel budget, verksamhetsplaner, månads-/delårsrapporter och internkontrollplan som säkerställer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden kan sätta mål för verksamheterna samt följa upp. Vi bedömer också att det finns ett fåtal verksamheter som själva har tagit fram ett ledningssystem inom ramen för att de till exempel är certifierade enligt vissa standarder.

Helseplan bedömer att det finns en inventering av lagar och föreskrifter samt krav på systematiskt förbättringsarbete vad avser vård som utförs inom vårdval. Avtalen krävställer att det ska finnas god kunskap om aktuella lagar och föreskrifter hos verksamhetschefen samt att det ska finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kraven på de verksamheter som arbetar enligt vårdvalet är därmed tydligare och hårdare än kraven som idag ställs på den egna linjeverksamheten. Vi bedömer att det finns vårdprocesser som säkerställer den medicinska kvaliteten inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det finns en tydlig struktur för hur den medicinska kunskapsstyrningen sker, hur patientprocesser ska utvecklas och det finns rutiner för uppföljning och systematiska förbättringar.

2. Har Regionstyrelsen/Hälso- och Sjukvårdsnämnden säkerställt genom löpande uppföljning och kontroll att Regionen har ett fungerande ledningssystem?

Helseplan bedömer att varken Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem. Då ett sådant saknas har inte Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden kunnat genomföra löpande uppföljning och kontroll. Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden genom de olika kontrollpunkterna som finns har kunnat göra löpande uppföljning och kontroll. Reglementet för intern styrning och kontroll tydliggör hur ansvaret fördelas. De kontrollpunkter som finns utgör ett visst stöd i verksamheten men det är tydligt att verksamheter som har ett eget ledningssystem har större nytta av det i sitt ständiga och långsiktiga kvalitetsarbete.

3. Har Regionstyrelsen/Hälso- och Sjukvårdsnämnden säkerställt att ansvarsfördelning och roller för det tänkta regiongemensamma ledningssystemet är fastställda samt för det ledningssystem som finns idag?

Helseplan bedömer att det inte finns något regiongemensamt ledningssystem idag vilket medför att Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har kunnat säkerställa ansvarsfördelningen och roller. Projektet Övergripande ledningssystem har projektmål som syftar till att tydliggöra detta inför att ett regiongemensamt ledningssystem ska implementeras, men har inte nått projektmålen som bedöms bero på att det saknas tidplan och samsyn gällande innebörden av ledningssystemet.

Helseplan rekommenderar:

- att Regionstyrelsen följer upp att projektet Övergripande ledningssystem visar framdrift i enlighet med beslutad projektplan, att projektet upprättar en tidplan med en tidpunkt för slutförande samt att projektets resultat implementeras och följs upp särskilt för att säkerställa god följsamhet till det inrättade gemensamma ledningssystemet.
- att Regionstyrelsen säkerställer att projektet Övergripande ledningssystem tar fram en tydlig struktur för löpande uppföljning och kontroll såväl inom förvaltningen som inom den politiska organisationen.
- att Regionstyrelsen säkerställer att ansvarsfördelningen och rollerna i det regiongemensamma ledningssystemet blir fastställda och utvärderas regelbundet för att säkerställa dess ändamålsenlighet.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete syftar till att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter. Att systematiskt följa upp verksamheten utifrån relevanta lagar, regler och föreskrifter är enligt Socialstyrelsens föreskrifter en förutsättning för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

2.2. Syfte och avgränsningar

Syftet med granskningen och övergripande revisionsfråga är att ta reda på om Regionstyrelsen säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Fördjupning sker avseende ledningssystem för hälso- och sjukvården.

2.3. Revisionsfrågor

Granskningen har utgått från den övergripande revisionsfrågan samt nedan underfrågor:

- Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området?
 - Om inte, vad uppfylls inte?
 - Beskriv status för Region Kronobergs ledningssystem och vad det omfattar. Beskriv även om det finns en koppling mellan ledningssystemet och Regionens verksamhets- och uppföljningssystem (Stratsys).
 - Är kvalitetsbegreppet definierat på ett tillfredsställande sätt av Regionen?
 - Är de lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård inventerade där det framgår krav och mål som gäller för verksamheten?
 - Är de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvården identifierade, beskrivna och fastställda?
 - Innehåller ledningssystemen tydliga processer och mål för det systematiska kvalitetsarbetet?
- Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt genom löpande uppföljning och kontroll att Regionen har ett fungerande ledningssystem?
 - Finns det tydliga och ändamålsenliga uppföljningsmetoder av ledningssystemen och åtgärder för att nå måloppfyllelse?
 - Finns det rutiner för att fortlöpande bedöma om det finns risker i verksamheten och som skulle kunna medföra brister i verksamhetens kvaliteter?

- Finns det dokumenterade rutiner för att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner?
 - Finns det dokumenterade rutiner för att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten?
 - Finns det dokumenterade rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?
 - Finns det rutiner för att sammanställa och analysera rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?
 - Sker det ett systematiskt tillvaratagande av vad som framkommer från riskanalyser och rapporter, klagomål och synpunkter för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet?
 - Uppfattas ledningssystemen utgöra ett stöd i kvalitetsarbetet av berörd personal?
- Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att ansvarsfördelning och roller för det tänkta regiongemensamma ledningssystemet är fastställda samt för det ledningssystem som finns idag?
 - Finns det en tillräcklig struktur avseende ägarskap och ansvar på olika nivåer inom organisationen?
 - Finns det en tillfredsställande kännedom hos berörd personal om ledningssystemens olika delar?

2.4. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har utgjort grunden för revisionens analyser och bedömningar:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Lagen om klagomål (2017: 372)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, M och S)
- Socialstyrelsen (2012) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Arbetsordningar och reglemente för den politiska organisationen
- Intern styrning och kontroll Reglemente och tillämpningsanvisningar, 2015-06-17

Helseplan har följt god revisionssed enligt Skyrev:s och SKR:s riktlinjer.

2.5. Metod

Granskningsarbetet har genomförts med stöd av nedanstående metoder.

2.5.1. Dokumentstudier

Utöver vad som angivits under 2.4. har följande styrande och redovisande dokument granskats:

- Budget för Region Kronoberg 2020 med flerårsplan, 2021-2022.
- Årsredovisning Region Kronoberg 2019.
- Internkontroll. Anvisningar. 2019-07-02.
- Internkontrollplan 2019, Regionstyrelsen. 2019-01-22.
- Internkontrollplan 2020, Regionstyrelsen. 2020-02-11.
- Internkontrollplan 2021, Hälso- och sjukvårdsnämnden. 2020-11-17.
- Kallelser, underlag och protokoll inklusive månadsrapporter för Regionstyrelsen.
- Kallelser, underlag och protokoll inklusive månadsrapporter för Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Policy för lika möjligheter och rättigheter i en hållbar Region Kronoberg.
- Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027.
- Hälso- och sjukvård i förändring för en god och jämlik hälsa i Kronoberg – Forskningsplan år 2018-2027.
- Övergripande ledningssystem för kvalitet inom Region Kronoberg. Förstudie. 2018-04-12.
- Övergripande ledningssystem. Projektplan. 2020-06-08.
- Avvikelsehantering - riktlinje. Giltig från och med 2019-06-03.
- Lathund för bearbetare vid hantering av LÖF, IVO, och PAN ärende. Giltig från och med 2019-07-11.
- Ledarskapet i Region Kronoberg. Odaterad folder.
- Medarbetarskap i Region Kronoberg. Odaterad folder.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom verksamhetsområdet anestesikliniken, Region Kronoberg. Giltig från och med 2018-10-05.
- Laboratoriets kvalitetssäkring.
<https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/vardriktlinjer/provtagning-och-diagnostik/kliniskt-kemiska-laboratoriet/laboratoriets-kvalitetsakring/>. Hämtad 2021-01-02.
- Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48).
- Vårdval Kronoberg. Specialiserad barn- och ungdomspsykiatri i öppen vård. Regelbok 2021. 2020-10-28.
- Vårdval Kronoberg. Specialiserad hudsjukvård i öppen vård. Regelbok 2021. 2020-10-28.
- Vårdval Kronoberg – primärvård. Uppdragsspecifikation 2021. 2020-10-14.
- Program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare på uppdrag av Region Kronoberg. Giltig från och med 2020-09-10.
- Granskning av avvikelsehantering. 2017.
- Granskning om det föreligger en ändamålsenlig delegationsordning samt om den efterlevs. 2018.

2.5.2. Semistrukturerade intervjuer

Intervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt har 20 intervjuer genomförts med förtroendevalda i Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden och med regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, kanslidirektör, stabschef, verksamhetsområdeschefer samt chefer och medarbetare från enheter aktiva inom ledning, planering, analys, uppföljning och säkerhet. Fullständig förteckning ses i *Bilaga 6.1*.

2.5.3. Självskattning

Medarbetare inom Region Kronoberg har inom ramen för granskningen fått möjlighet att svara på ett självskattningsformulär som har sammanställts utifrån frågeställningar baserade på kraven på kvalitetsledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Enkäten har skickats ut till berörda verksamhetschefer och medarbetare inom hälso- och sjukvården samt till funktioner inom ledning, planering, analys, uppföljning och säkerhet. Syftet med självskattningen har varit att kunna kvantifiera resultat och att nå en bredare, anonymiserad respondentbas. Självskattningen har utgjorts av ett antal påståenden där respondenter har fått möjlighet att svara enligt en 5-gradig Likert-skala där 1 = Stämmer inte alls och 5 = Stämmer helt. Därtill fanns kompletterande svarsalternativ som Vet ej och Ej relevant. Sammanlagt har enkäten skickats till 136 personer varav 88 personer har svarat på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. Enkätfrågorna i sin helhet hittas i *Bilaga 6.2* och dess svar i *Bilaga 6.3*. I *Bilaga 6.4* framgår vilka personer som enkäten har skickats till.

2.6. Projektets organisation

Uppdragsgivare har varit Region Kronobergs revisorer med Gunilla Jerklind Platzer som kontaktperson. Från Helseplan har Nils Rydmarker varit projektledare. Kajsa Björnell, Jens Silfvander och Sofie Mehlin har varit konsulter. Niklas Källberg har varit kvalitets- och faktagranskare. Rapporten har sakgranskats av företrädare för verksamheten samt politiken. Granskningen genomfördes under perioden oktober 2020 till februari 2021.



3. Bakgrund

Detta avsnitt ger en kort inledande beskrivning av Socialstyrelsens föreskrifter samt tydliggör definitioner som är centrala begrepp i denna granskning: ledningssystem, process, kvalitet och egenkontroll/internkontroll. Avslutningsvis presenteras de IT-stöd som nämns i granskningen.

3.1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) trädde ikraft den 1 januari 2012 och omfattar verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen (2011:453). Föreskrifterna anger tydligt vilket ansvar vårdgivaren har samt hur ett ledningssystem ska användas. För att underlätta för vårdgivaren har Socialstyrelsen också tagit fram en handbok för tillämpningen (2012) som bland annat tydligt definierar syfte, centrala begrepp, personalens medverkan samt implementering. Sveriges Kommuner och Regioner har också tagit fram en vägledning (2013) för att underlätta för verksamheterna att arbeta med att utveckla ett ledningssystem.

Det övergripande syftet med ett ledningssystem är dels att säkra kvaliteten på verksamheten, dels att systematiskt och kontinuerligt kunna utveckla kvaliteten. I Socialstyrelsens handbok anges att "Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård [...] kan förebyggas."¹

¹ Socialstyrelsen (2012) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

3.2. Definitioner

3.2.1. Ledningssystem

Socialstyrelsens termbanks definition av ledningssystem är ett "system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål"². Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) förtydligar definitionen vidare som ett "system för att fastställa principer för ledning av verksamheten". Föreskrifterna anger också i 3 kap 2 § att "Vårdgivaren [...] ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten."

3.2.2. Process

Socialstyrelsens termbank definierar process som en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat³. Processer är en del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anger i 4 kap 2 § att "Vårdgivaren [...] ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.". Föreskrifterna anger vidare att "För varje aktivitet ska vårdgivaren [...] utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten." (4 kap 4 §). Det ska också finnas identifierade processer för hur samverkan ska ske för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (4 kap 6 §).

3.2.3. Kvalitet

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) definierar kvalitet som "att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård [...] och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter." (2 kap 1 §). Handboken för tillämpningen ägnar ett helt kapitel åt att definiera kvalitet och poängterar att kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som verksamheten ska fylla med det innehåll som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvården. Det är kvalitet för den aktuella verksamheten som är avgörande, vilket medför att begreppet kvalitet kan ha olika innebörd för

² <https://termbank.socialstyrelsen.se/>, Sökord: Ledningssystem. Hämtad 2020-12-28.

³ <https://termbank.socialstyrelsen.se/>, Sökord: Process. Hämtad 2020-12-28.

olika verksamheter. Ledningssystemet blir därmed ett verktyg för att uppnå kvalitet i verksamheten.

3.2.4. Egenkontroll/internkontroll

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) definierar egenkontroll som "systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem" (2 kap 1 §). Föreskrifterna anger att egenkontroll är en del av det systematiska förbättringsarbetet och att den "ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren [...] ska kunna säkra verksamhetens kvalitet." (5 kap 2 §).

I denna granskning kommer termen internkontroll att likställas med begreppet egenkontroll.

3.3. Förteckning över relevanta IT-stöd

Nedan tabell redovisar kort relevanta IT-stöd och deras syfte.

Tabell 1 Tabellen redovisar kortfattat för relevanta IT-stöd och deras respektive syfte.

IT-stöd	Syfte
Platina	Dokumenthanteringssystem
Stratsys	Verksamhetsplanerings- och uppföljningssystem
Synergi	Avvikelsehanteringssystem
Vårdgivarwebben	Extern webbplats med information om riktlinjer, rutiner och anvisningar för hälso- och sjukvården och för kommunal vård och omsorg samt information om arbetsområden, processer och utvecklingsarbeten inom hälso- och sjukvården

4. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

4.1. Iakttagelser: Uppfyllelse av lagar och regler

Följande avsnitt behandlar fråga 1. *Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området?* och dess underfrågor. Se avsnitt 2.3 Revisionsfrågor för en uttömmande lista över underfrågor.

4.1.1. Region Kronoberg saknar ett gemensamt ledningssystem

Det finns inget beslutat dokument i Region Kronoberg som utgör ett regiongemensamt, heltäckande ledningssystem. Därmed saknas det också övergripande tydliga processer och mål för det systematiska kvalitetsarbetet.

I intervjuer med företrädare för den politiska organisationen och med förvaltningen framkommer att det finns en uppfattning att Regionens ledningssystem utgörs av ett antal kontrollpunkter utifrån en definierad årsplan. Flera intervjuade refererar här till "årshjulet" som beskriver aktiviteter kopplade till styrande processer. Där inbegrips Regionens budget, nämnd- och verksamhetsplaner, internkontrollplan med uppföljning, del- och årsrapporter samt månadsrapporter och stopptider för inkommande handlingar. Den schematiska beskrivningen är initierad av förvaltningen som ett hjälpmedel för chefer/handläggare/invånare att se när ett ärende kommer upp. I delar av Regionen finns ett mer sammanhållet ledningssystem, som grundar sig i att dessa verksamheter utifrån sitt specifika uppdrag är certifierade med krav på ett utvecklat och sammanhållet kvalitetsledningssystem. Här ingår framför allt anestesi samt klinisk kemi och transfusionsmedicin. Verksamhetsområde anestesi har tagit fram ett eget ledningssystem som följer de krav som Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ställer. Vid tidpunkten för granskningen har dokumentets giltighetstid löpt ut, men intervjuade från anestesikliniken uppger att arbete pågår med att uppdatera och ersätta dokumentet. Förseningen orsakas av arbetet med covid-19-pandemin. Vad gäller för klinisk kemi och transfusionsmedicin är dessa verksamheter ackrediterade enligt ISO 15189:2012 och arbetar utifrån en så kallad kvalitetsmanual. Den beskriver laboratoriets kvalitetsmål, organisationsstruktur, ansvarsförhållande, rutiner avseende kvalitet samt struktur och distribution av kvalitetssystemets dokumentation. Rätt psykiatri har tidigare varit certifierad enligt ISO 9001. Idag finns ingen sådan certifiering inom verksamheten då den enligt intervjuade har en affärsinriktning snarare än fokus på hälso- och sjukvårdsverksamhet. Intervjuade beskriver att den administrativa bördan upplevdes överväga nyttan samt att certifieringen gav verksamheten ett "falskt varumärke". I ett underlag för Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde 2020-01-28 framgår att den "rätt psykiatriska regionkliniken har rutiner för omhändertagande samt

återlämnande av patienttillhörigheter, utifrån kraven i SOSFS 2011:9.”⁴ Intervjuade beskriver att det utifrån ett lednings- och kvalitetsperspektiv har funnits en nytta av certifieringen enligt ISO 9001 eftersom det bland annat skapades en förståelse i verksamheten gällande terminologi och struktur.

Ovan nämnda verksamheter har byggt sina ledningssystem utifrån de krav som ställs på dem och har ingen möjlighet att säkerställa följsamhet till ett regiongemensamt ledningssystem då ett sådant inte finns. Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 4 inte vet om det finns ramar för ledningssystemet samtidigt som 2 av 4 anger de instämmer i att det finns.

Kontrollpunkterna i årshjulet utgör också på sätt och vis processer och mål för det systematiska kvalitetsarbetet. Intervjuade inom den politiska organisationen hänvisar till att mål sätts bland annat genom budget och att återrapportering sker genom månads- och delårsrapporter och årsredovisning. IT-stödet Stratsys nämns av intervjuade i förvaltning och i den politiska organisationen som ett viktigt verktyg för att planera verksamheten utifrån beslutade mål. Dessa intervjuade likställer mål för det systematiska kvalitetsarbetet med mål för verksamheten.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 2 av 3 instämmer i att nämnd-/verksamhetsmål är tydliggjorda. Sammanlagt 2 av 4 anger att formerna för det systematiska förbättringsarbetet är tydliggjorda.

4.1.2. Beskrivning av pågående projekt för att skapa ett gemensamt ledningssystem

Dokumentgranskningen tydliggör att det 2018 genomfördes en förstudie med syfte att utreda om Region Kronoberg ska etablera ett övergripande ledningssystem för kvalitet. Förstudiens slutsats är ”att ett övergripande ledningssystem för kvalitet är värdeskapande för Region Kronoberg som organisation, men även för de enskilda verksamheterna”⁵. Förstudien inventerar vilka förutsättningar som finns på plats och konstaterar att det finns två politiska beslut som stöttar införande av ett övergripande ledningssystem:

- Beslut inom dåvarande Landstingsstyrelse per den 2012-05-15 genom § 91 om införande av ledningssystem inom Landstinget Kronoberg.
- Beslut inom Regionfullmäktige genom budget 2018 som anger att Region Kronoberg ska arbeta processorienterat.

⁴ Kallelse för sammanträde med Hälso- och sjukvårdsnämnden. 2020-01-28. Sida 50.

⁵ Övergripande ledningssystem för kvalitet inom Region Kronoberg. Förstudie. 2018-04-12. Sida 3.

Samma målsättning om att Regionen ska arbeta processororienterat har Regionfullmäktige också beslutat i budget 2021. Ytterligare förutsättningar skapas genom att följande delar helt eller delvis är på plats:

- Plan för klassificeringsstruktur fastställdes av Regionstyrelsen 2017-12-19 i § 251
- Processledare och riktlinje för både dokument- och processhantering
- Verktögsstöd för kvalitetssäkrad dokumenthantering och en plattform för att publicera och tillgängliggöra processer
- Redan kartlagda ledningsprocesser för⁶:
 - Klinisk kemi och transfusionsmedicin, certifierade enligt ISO 15189
 - Hälso- och sjukvård för processer
 - Strålskydd
 - Anestesi
 - Läkemedelshantering

Förstudien slår också fast att det saknas ett antal förutsättningar för att Region Kronoberg ska kunna införa ett övergripande ledningssystem för kvalitet:

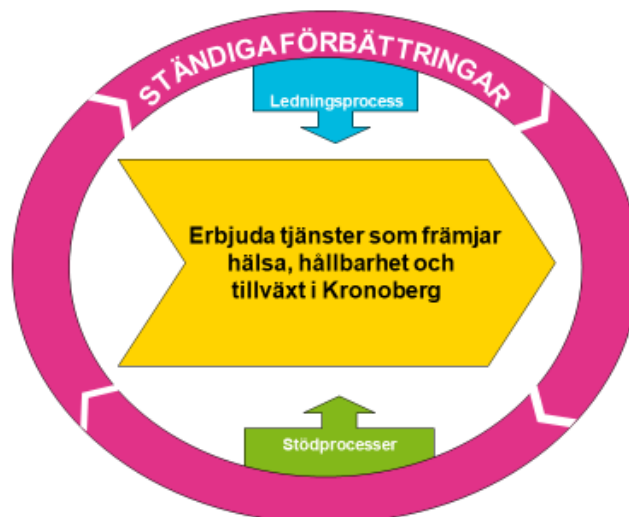
- Gemensam definition och bild av vad övergripande ledningssystem för kvalitet innebär och vad det ska uppnå
- Dokumenterad plan för införande av ett övergripande ledningssystem
- En definition av vad processororienterat arbetssätt och processtyrning innebär
- Ägare, ansvariga och dokumenterade mål för ledningsprocesserna
- Tydlighet vad som är linjens respektive processledningens ansvar och befogenhet och hur intressekonflikter hanteras

Förstudiens rekommendation är att dels skapa rätt grund att utgå ifrån för ett ledningssystem genom att definiera, tydliggöra och identifiera centrala begrepp, nuläge och processarbete, dels driva införandet när grunden är satt.

Den 30 januari 2020 redovisades projektet Ledningssystem för kvalitet och beslutet blev en fastställd huvudprocesskarta, se *Figur 1*, och fastställda kärnprocesser, se *Figur 2*, för Region Kronoberg. Huvudprocesskartan beskriver Region Kronobergs uppdrag på övergripande nivå. Visualiseringen av kärnprocesserna är övergripande och kan brytas ner i fler delprocesser.

⁶ Vid tidpunkten för förstudien var även Regionservice (exklusive IT) och Rättsspsykiatriska kliniken certifierade enligt ISO 9001.

Region Kronobergs huvudprocess



Figur 1 Fastställd huvudprocesskarta för Region Kronoberg



Figur 2 Fastställda kärnprocesser i Region Kronoberg

Projektets förväntade effekter omfattade bland annat att Regionens verksamheter och förvaltningar strukturerat arbetar med ständiga förbättringar, att kopplingar görs mellan de verksamhetsspecifika och det övergripande ledningssystemet och att processerna mäts och förbättras strukturerat. Övergripande förväntad effekt var bland annat att kvalitetsstyrning och enhetlig hantering av processer och förbättringar ska genomsyra hela Regionen samt att minska suboptimering inom regionen. Projektet resulterade, förutom beslutade processer, i ett nytt direktiv för projektet Övergripande ledningssystem som startades under 2020. Syftet med det

nya projektet är att skapa Region Kronobergs ledningssystem, det vill säga "vårt arbetssätt"⁷. Projektet är tydligt avgränsat till att omfatta intranätet och den externa webbsidan www.kronoberg.se och omfattar inte produktions- eller patientprocesser. Samtidigt ska ledningssystemet säkerställa att aktuella lagar och föreskrifter följs samt etablera en metodik för hur Region Kronoberg kan arbeta med processer på olika nivåer. I en presentation för regiondirektören samt ekonomi- och planeringsdirektören i december 2020 beskrivs det pågående arbetet med att utveckla processer och föra dialog med verksamheterna. Identifierade aktiviteter för 2021 är kommunikation om målbild och pågående arbete, kartläggning av processarkitektur samt att knyta samman processer och involvera fler intressenter.

4.1.3. IT-stöd för verksamhetsplanering och uppföljning

I årsredovisningen för 2019 under rubriken "Styrning och uppföljning av Region Kronobergs verksamhet" beskrivs hur Regionen arbetar med att utifrån vision och övergripande mål ta fram strategier och program som stöttar inriktningsmålen för den av Regionfullmäktige antagna budgeten. Här tydliggörs också att inriktningsmålen omsätts i verksamhetsplaner till konkreta handlingsplaner och åtgärder. Vidare anges att "Handlingsplaner och åtgärder följs upp löpande inom verksamheterna och status och prognos bedöms varje månad för att möjliggöra resursoptimering. Uppföljning av mål, mätetal och handlingsplaner sker i programmet Stratsys som används för planering, uppföljning och rapportering i hela Region Kronoberg."⁸

Stödsystemet Stratsys infördes med start 2018 och används sedan hösten 2019 som verktyg för verksamhetsplanering och uppföljning. I Stratsys finns en modul för Socialstyrelsens föreskrifter men som inte används i Region Kronoberg. Intervjuade i förvaltningen beskriver att införandet enligt plan skulle ske stegvis för att vänja verksamheterna vid användning. Vissa intervjuade inom den politiska organisationen och i den centrala förvaltningen ger uttryck för uppfattningen att Stratsys är ledningssystemet. Stratsys har inte den funktionen och då det inte finns något regiongemensamt ledningssystem finns det inte heller någon koppling mellan Stratsys och ett sådant. I intervjuer framkommer att budgeten styr hur Stratsys sätts upp och det åligger varje verksamhet att skapa innehåll för de delar som respektive verksamhet ansvarar för. Dokumentgranskningen visar att det finns färdiga mallar för till exempel hel- och delårsrapport samt för mätetal och för en gradering av måluppfyllelsen för dessa. Information om åtgärder för handlingsplaner finns i Stratsys. Det finns också automatiska påminnelser för att uppgifter ska utföras. IT-stödet är ett transparent system, vilket innebär att hela Regionen kan ta del av varandras handlingsplaner och beskrivningar.

⁷ Övergripande ledningssystem. Projektplan. 2020-06-08. Sida 4.

⁸ Årsredovisning 2019. Sida 37.

4.1.4. Det finns ingen enhetlig definition av begreppet kvalitet

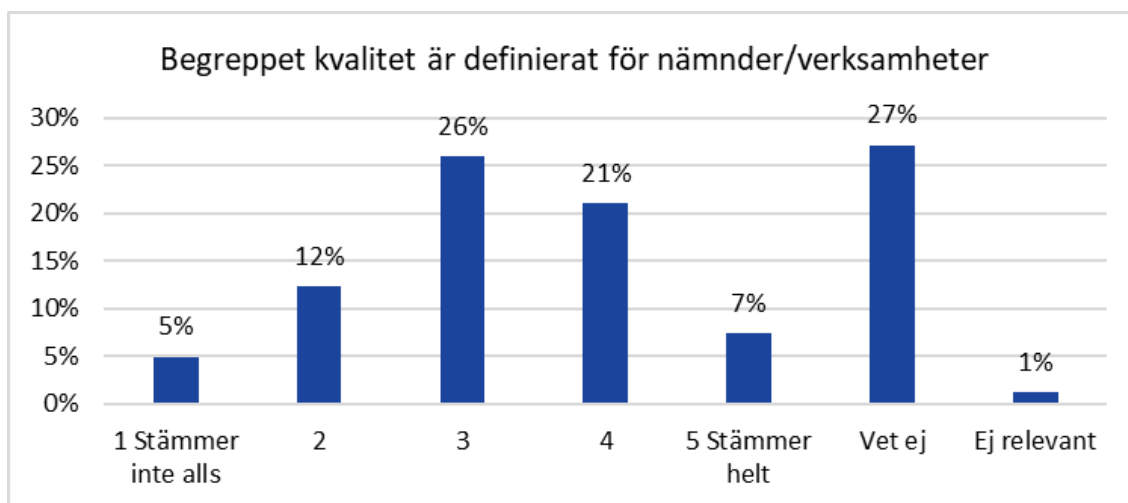
Intervjuade inom den politiska organisationen och i förvaltningen samt dokumentgranskning visar att det saknas en enhetlig definition av kvalitetsbegreppet i Region Kronoberg. Projektet Övergripande ledningssystem har som mål att "Det ska finnas en godkänd kvalitetsplan, som beskriver vad kvalitet innebär för Region Kronoberg."⁹, men projektet saknar slutdatum.

Intervjuade i den politiska organisationen och i förvaltningen beskriver samtidigt att Region Kronoberg genom sin värdegrund "Respekt för människan" och sin vision "Ett gott liv i ett livskraftigt Kronoberg" är en kvalitetsstyrd region. Värdegrunden ska också speglas i Policy för lika möjligheter och rättigheter i en hållbar Region Kronoberg. Policyn tydliggör att Regionen genom sitt systematiska förbättringsarbete följer upp, analyserar, utvecklar och säkrar kvaliteten för att stegvis bli bättre. Det finns här ingen definition på vad säkrad kvalitet är. Även delar av hälso- och sjukvården är eller har varit certifierade enligt *ISO 15189 – Kliniska laboratorier* samt *ISO 9001 - Ledningssystem för kvalitet* vilket ger ytterligare perspektiv på hur enskilda verksamheter har förhållit sig till begreppet kvalitet.

Även om det inte finns en enhetlig definition av ordet kvalitet blir det i intervjuer med den centrala förvaltningen och med verksamheter tydligt att det i många verksamheter finns verksamhetsspecifika begrepp för vad kvalitet är inom just denna verksamhet. I intervjuer med verksamhetschefer och med politiska företrädare framkommer att det finns en följsamhet till att säkerställa att verksamheten följer de krav och mål som ställs utifrån lagar och politiska beslut, vilket ligger i linje med Socialstyrelsens definition av kvalitet, se 3.2.3. I intervjuerna syns överlag en tillit till att medarbetare själva bär ett ansvar för att ta till sig information om samt upprätthålla kvalitet. Det finns ingen intervjuad som uttryckligen kan redogöra för var ansvaret med att definiera kvalitet, säkerställa följsamhet eller dokumentera ligger.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 4 inte vet om begreppet kvalitet är definierat för nämnder/verksamheter. Nästan lika många anger att det stämmer till viss del, se *Figur 3 och svarsalternativ 3*.

⁹ Övergripande ledningssystem. Projektplan. 2020-06-08. Sida 5.



Figur 3 Enkät svar för kvalitetsdefinition, 2020-12-23. Antal svarande för just denna fråga uppgår till 81 personer.

4.1.5. Det finns viss dokumentation kring vilka lagar och föreskrifter som ska följas för att säkerställa kvalitet i hälso- och sjukvården

Region Kronoberg har en viss grund att utgå ifrån när det gäller säkerställande av att lagar och föreskrifter och därmed förenliga krav på hälso- och sjukvården följs. Regionfullmäktige antog 2017 Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027. I underlagen till förslagen återfinns bland annat hälso- och sjukvårdslag, patientsäkerhetslag (2010:659), patientlag (2014:821) och tandvårdslag. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd anges inte som källa. I beslutet som Regionfullmäktige tog anges att strategin ska revideras en gång per mandatperiod, vilket enligt intervjuade ska ske under 2021. I Region Kronoberg finns också Hälso- och sjukvård i förändring för en god och jämlik hälsa i Kronoberg – Forskningsplan år 2018-2027. Forskningsplanen stöder sig på bland annat hälso- och sjukvårdslagen där det tydligt framgår att regionerna har ansvar för att bedriva forskning. Syftet med planen är att tydliggöra nuläge och ambitionsnivå kopplat till de resurser som är avsatta och föreslås avsättas till intern forskning och högre utbildning, i nära samverkan med universitet och högskolor. Forskningsplanen knyter an till viktiga nationella och regionala mål gällande kunskapsstyrning. Enligt Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48), ett betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården, sker mycket av den medicinska kunskapsstyrningen i Region Kronoberg i samklang med Södra sjukvårdsregionen¹⁰. Arbetet är organiserat efter olika regionala medicinska kunskapsgrupper som har till uppdrag att bedriva arbete i sjukvårdsregionen med införande av nationella riktlinjer, analys av kvalitet utifrån tillgängliga data med mera. Syftet

¹⁰ Medlemmar i Södra sjukvårdsregionen är Region Blekinge, Region Kronoberg, Region Skåne och södra delen av Region Halland.

med kunskapsstyrningen och grupperingen är att medicinska resultat ska få en större betydelse i ledning, styrning och uppföljning av vårdens prestationer samt stödja utvecklingen av en säker, god och jämlik vård i hela Södra sjukvårdsregionen.

Dokumentgranskningen visar samtidigt en avsaknad av struktur för hur krav och mål i lagar och föreskrifter inventeras, hur verksamheten säkerställer att dessa implementeras i rutiner samt hur följsamheten följs upp och vid behov förbättras. Svaren från självskattningssenkäten visar att 3 av 5 inte vet om aktuella lagar för ledningssystem är inventerade. Intervjuade inom den politiska organisationen anger att aktuella lagar och föreskrifter går igenom vid introduktion i början av mandatperioden. En översyn sker också i viss mån i samband med riskanalyser och inom ramen för att internkontrollplan tas fram. Dokumentgranskningen visar att i internkontrollplanen för 2021 som beslutades av Hälso- och sjukvårdsnämnden inte refererar till lagar eller föreskrifter i riskanalysen. Däremot finns det tydliga kopplingar i den internkontrollplan som Regionstyrelsen antog för 2019. Bland annat anges under område 1 Medborgare/patient riskerna Vårdval Kronoberg, "Att aktörer inom vårdvalet inte efterlever gällande lagar och föreskrifter.", och Uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare, "Att privata utförare efterlever gällande lagar och föreskrifter."¹¹. Inga liknande referenser anges i internkontrollplanen för 2020 men i de generiska anvisningarna för alla internkontrollplaner framgår att planen bland annat ska grunda sig på de mål, lagar och andra styrdokument som styr verksamheten.

Inom ramen får vårdvalen sker på sätt och vis en inventering av lagar och föreskrifter som är kopplade till krav och mål för verksamheten. Region Kronoberg har vårdval inom primärvård, hudsjukvård och barn- och ungdomspsykiatri. I uppdragsspecifikationen för 2021 för primärvården finns ett avsnitt som tydligt inleds med att "Vårdcentralerna ansvarar för att följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Kronobergs policys, riktlinjer och handlingsplaner som på något sätt berör avtalets uppdrag."¹². Kapitlet fortsätter sedan beskriva olika lagar, myndigheter, regelverk och krav som vårdgivaren ska följa, bland annat kravet att det ska finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det beskrivs också under kompetens att "verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med lagar och förordningar, allmänna råd och övrigt som gäller för hälso- och sjukvården."¹³. Liknande skrivningar finns det i regelboken för 2021 för hudsjukvård respektive barn- och ungdomspsykiatri. Regionfullmäktige antog 2020-09-02 Program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare på uppdrag av Region Kronoberg där det tydligt framgår vem som bär ansvar för att följa upp vårdval men också upphandlade verksamheter enligt lag (2016:1145) om offentlig

¹¹ Missiv beslutsunderlag. Internkontrollplan för Regionstyrelsen 2019. Regionstyrelsen 2019-01-31.

¹² Vårdval Kronoberg – primärvård. Uppdragsspecifikation 2021. Antagen av Regionfullmäktige 2020-10-28. Sida 5.

¹³ Vårdval Kronoberg – primärvård. Uppdragsspecifikation 2021. Antagen av Regionfullmäktige 2020-10-28. Sida 7.

upphandling, lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi eller med upphandlat vårdavtal. Programmet tydliggör att kontroll och uppföljning ska ske i enlighet med avtal och att det ska ske systematiskt från styrelsens respektive nämndens sida genom bland annat uppföljning av internkontrollplaner.

4.1.6. Det finns tydliga vårdprocesser

Närmare kronobergaren beskriver inom ramen för den strategiska inriktningen att "I Kronoberg ska vården vara nära och samordnad" att "Vi ska säkerställa kontinuitet i vårdprocesser"¹⁴. Bland annat förtydligas att organisatoriska gränser i vårdprocessen ska överbryggas. Framför allt lyfts den nära vården som en viktig roll för kontinuitet men också verksamhetens effektivitet. "Verksamheterna ska genom ett processororienterat arbetssätt, god samordning mellan professioner och vårdgivare stärka kontinuiteten i vården."¹⁵ fortsätter utvecklingsstrategin. Ett exempel på dokumenterad vårdprocess är bland annat de standardiserade vårdförlopp (SVF) som finns inom framför allt cancervården. Region Kronoberg är involverade i det pågående arbetet med införande av SVF även inom psykiatri, där psykosjukdom är närmast implementering. SVF har tagits fram inom den nationella kunskapsstyrningen och är lika för alla regioner. De infördes med start år 2015. Kort beskrivet handlar det om att lista vilka utredningar och vilka behandlingar som ska genomföras inom respektive cancerdiagnos och inom vilka ledtider. För att säkerställa att patienten får en sömlös vård har bland annat kontaktsjuksköterskor utbildats och vårdförloppskoordinatorer införts¹⁶. I Region Kronoberg finns ett pågående arbete med att införa SVF även inom rättspsykiatri. Idag finns vårdprogram inom Våldsprevention, Suicidprevention och Kartläggning av behandling av beroendeproblematik. Inom Regionen pågår också ett arbete med att utveckla patientprocesser. Syftet är att utifrån ett patientcentrerat synsätt tydliggöra patientens väg genom vården. Identifierade processer är bland annat akut koronart syndrom, andningsstöd i hemmet, hjärtsvikt, stroke och trauma¹⁷. Inom ramen för utvecklingen av patientprocesser finns det också en framtagna guide på Vårdgivarwebben¹⁸ som tydligt anger alla nivåer inom utvecklingen där den avslutande nivån är kopplat till kontinuerligt förbättringsarbete. Till varje nivå finns tydliga instruktioner och mallar som kan användas för att bland annat identifiera och

¹⁴ Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027. Sida 2.

¹⁵ Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027. Sida 13.

¹⁶ "Standardiserade vårdförlopp (SVF) cancer".

<https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/cancervard/standardiserade-vardforlopp-svf-cancer/>. Hämtad 2020-12-29.

¹⁷ "Patientprocesser". <https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/patientprocesser/>. Hämtad 2020-12-29.

¹⁸ Webbsida där information publiceras som enbart rör vårdgivare. Här finns bland annat vårdriktlinjer, vård- och patientinformation, information om kompetens och utveckling, information om service och utrustning samt information om arbetsområden och processer.

<https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/>. Hämtad 2020-12-31.

prioritera processer, kommunikationsplan och exempel på hur processkartläggningar kan göras. Intervjuade inom verksamheterna anger att rutiner och riktlinjer uppdateras regelbundet samt i samband med att det till exempel sker en allvarlig avvikelse. Dokumentation är också tillgänglig via Vårdgivarwebben, vilket medför att de är lättåtkomliga för alla vårdgivare, privata såväl som offentliga. Dokument på Vårdgivarwebben kan både vara och inte vara kopplade till dokumenthanteringssystemet Platina. Enligt riktlinjen för dokumentstyrning fastställs styrdokument i Platina med en automatisk giltighetstid på två år. Den som har skapat, handlagt eller har full behörighet till ett styrdokument i Platina har rätt att starta en ny revision av ett dokument. Dokumentet går sedan igenom en process med ett antal personer som granskar och godkänner innan det kan fastställas. Först när dokumentet är fastställt så uppdateras det. Tidigare versioner av rutinen samlas på ett ställe och är enkla för verksamheten att plocka fram vid behov. Tre månader före utgångsdatum skickas påminnelser till handläggare och faktaägare, men dokumentet tas inte bort per automatik när giltighetstiden har passerats. Dokument som finns på Vårdgivarewebben och inte är kopplade till Platina läggs upp av webbredaktörer.

Förutom beskrivna och fastställda medicinska vårdprocesser finns det andra, mer övergripande processer som styr hälso- och sjukvårdsverksamheten. Bland dem som har störst inverkan är processerna för budget, verksamhetsplanering, månads-/delårs-/årsrapport och internkontroll. Dessa processer styrs och stöds dels av interna styrdokument, dels av IT-stöd som till exempel Stratsys och Synergi. Intervjuade inom den politiska organisationen pekar på att återrapportering sker till dem via dessa processer och att politikerna inte i sitt dagliga arbete använder till exempelvis Stratsys utan tar del av information vid sina sammanträden. Intervjuade i den centrala förvaltningen anger att deras kontroll också inkluderar uppföljning av olika mätetal men även sker genom hantering av avvikelser. Intervjuade i verksamheten menar att kunskapsstyrningen genom bland annat den medicinska kommittén säkerställer verksamhetens kvalitet i beslutande processer. Flera intervjuade inom förvaltning och den politiska organisationen anger att kvalitetsregister används för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Dokumentgranskningen visar att vissa verksamheter använder kvalitetsregister i syfte att säkerställa kvaliteten på verksamheten, men detta sker inte systematiskt i samtliga verksamheter. Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 3 anser att processer för att säkra verksamhetens kvalitet till viss del är identifierade.

4.2. Bedömning och rekommendation: Uppfyllelse av lagar och regler

Helseplan bedömer att varken Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området. Det finns ett beslut från 2012 om att ett regiongemensamt ledningssystem ska införas. Förstudien presenterades 2018, vilket är ett mycket långt tidsspann för att börja verkställa ett beslut. Detta medför att Region Kronoberg fortfarande saknar ett enhetligt ledningssystem och att det därmed inte heller finns någon tydlig inventering av lagar och föreskrifter, ingen gemensam definition av begreppet kvalitet eller tydliga processer för ett systematiskt kvalitetsarbete. Det pågående projektet Övergripande ledningssystem har en väldigt snäv avgränsning samt saknar

tidplan och slutpunkt vilket tydligt försvårar införandet av ett ledningssystem. **Vi bedömer att** det finns delar av ett ledningssystem i form av kontrollpunkter genom till exempel budget, verksamhetsplaner, månads-/delårsrapporter och internkontrollplan som säkerställer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden kan sätta mål för verksamheterna samt följa upp. **Vi bedömer också att** det finns ett fåtal verksamheter som själva har tagit fram ett ledningssystem inom ramen för att de till exempel är certifierade enligt vissa standarder.

Helseplan bedömer att begreppet ledningssystem ofta likställs med ovannämnda kontrollpunkter. Det finns också en uppfattning om att verksamhetsplanerings- och uppföljningssystemet Stratsys är ledningssystemet.

Helseplan bedömer att det finns en inventering av lagar och föreskrifter samt krav på systematiskt förbättringsarbete vad avser vård som utförs inom vårdval. Avtalen krävställer att det ska finnas god kunskap om aktuella lagar och föreskrifter hos verksamhetschefen samt att det ska finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kraven på de verksamheter som arbetar enligt vårdvalet är därmed tydligare och hårdare än kraven som idag ställs på den egna linjeverksamheten.

Slutligen bedömer vi att det finns vårdprocesser som säkerställer den medicinska kvaliteten inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det finns en tydlig struktur för hur den medicinska kunskapsstyrningen sker, hur patientprocesser ska utvecklas och det finns rutiner för uppföljning och systematiska förbättringar.

Helseplan rekommenderar:

- att Regionstyrelsen följer upp att projektet Övergripande ledningssystem visar framdrift i enlighet med beslutad projektplan, att projektet upprättar en tidplan med en tidpunkt för slutförande samt att projektets resultat implementeras och följs upp särskilt för att säkerställa god följsamhet till det inrättade gemensamma ledningssystemet.

4.3. Iakttagelser: Uppföljning och kontroll

Följande avsnitt behandlar fråga 2: *Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt genom löpande uppföljning och kontroll att Regionen har ett fungerande ledningssystem?* och dess underfrågor. Se avsnitt 2.3 Revisionsfrågor för en uttömmande lista över underfrågor.

4.3.1. Uppföljning och egenkontroll/internkontroll

Då det inte finns något regiongemensamt ledningssystem saknas även tydliga och ändamålsenliga uppföljningsmetoder av detta.

IT-stödet Stratsys stöttar verksamheterna i att arbeta med uppföljning av verksamhetsplanen och de mål som är satta där. Stratsys innehåller funktioner som bland annat automatiska påminnelser till ansvariga om att utföra uppgifter. Intervjuade i förvaltningen anger att utebliven måluppfyllelse, både i form av bristande rapportering och i form av icke uppnådda mål, inte medför några konsekvenser för verksamheten.

Den politiska uppföljningen av förvaltningen sker framför allt via månads- och del-/årsrapporter. Dokumentgranskningen visar att det genom Stratsys finns en tydlig struktur för hur dessa ställs upp. Månadsrapporterna som överlämnas till Hälso- och sjukvårdsnämnden under 2020 redovisar en ekonomisk resultatuppföljning för perioden och per verksamhetsområde, sjukfrånvaro samt tillgänglighet. Respektive verksamhetsområde har inkommit med en kommentar gällande sitt ekonomiska utfall. Dokumentgranskningen visar att månadsrapporterna från och med april 2020 även innehåller en uppföljning av uppdrag och verksamhetsstatistik. Denna komplettering ger nämnden möjlighet att följa upp verksamheten inte enbart utifrån ekonomiska parametrar utan också utifrån nyckeltal som speglar verksamhetens produktion och aktiviteter, mätt i till exempel antal läkarbesök, belägningsgrad och antal röntgenundersökningar. Samtidigt är den redovisande tabellen för uppdrag sällan ifylld i månadsrapporterna. De månadsrapporter som presenteras för Hälso- och sjukvårdsnämnden leds också vidare för beslut till Regionstyrelsen.

Intervjuade inom den politiska organisationen och förvaltningen anser att ovan nämnda rapporter tillsammans med internkontroll och beslutade medicinska rutiner utgör en tydlig, ändamålsenlig uppföljning av verksamheten. Flera intervjuade anger att det finns en röd tråd i rapporteringen och att det dessutom sker en kontinuerlig dialog inom olika grupperingar i förvaltningen gällande uppsatta mål, till exempel inom de medicinska kommittéerna och inom patientsäkerhetsnätverket.

Även den interna kontrollen är en viktig del i att identifiera risker och tydliggöra åtgärder för att nå måluppfyllelse samt upptäcka brister i verksamhetens kvalitet. I reglementet för intern styrning och kontroll anges vilket ansvar som respektive politiskt organ och respektive förvaltning har. De tillhörande tillämpningsanvisningarna ger instruktioner för hur ansvaret ska utövas. I anvisningar för internkontrollplanen, som är en bilaga till reglementet, beskrivs att den interna kontrollen syftar till att säkerställa att verksamheterna uppfyller sina mål och de krav som ställs. Här tydliggörs också att bland annat Regionstyrelsen och respektive nämnd årligen ska upprätta en intern kontrollplan. Grunden för planen utgörs bland annat av en i förvaltningen genomförd riskanalys med tillhörande bedömning, påpekar intervjuade i den politiska organisationen och i verksamheterna. Anvisningarna slår också fast att "Varje nämnd/styrelse [...] ska säkerställa att arbetet med den interna kontrollen inom den egna nämnden/styrelsen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Regionstyrelsen ska följa upp att nämndernas/styrelsernas arbete med intern kontroll är tillräcklig och att verksamheten

bedrivs på ett tillfredsställande sätt.”¹⁹. Anvisningarna tydliggör också att de risker med riskvärde 9 till och med 16 som hanteras i internkontrollplanen. Övriga lyfts inte för uppföljning.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 2 instämmer i att riskanalyser genomförs kontinuerligt inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet. Samtidigt anger 1 av 5 att hen inte vet om så är fallet. Svaren visar också att 1 av 2 instämmer i att det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalyser ska genomföras. Sammanlagt 9 av 10 instämmer i att riskernas sannolikhet och konsekvens uppskattas i riskanalysen. 1 av 10 vet inte om så är fallet.

4.3.1. Regionen har till viss del dokumenterade rutiner för verksamhetsuppföljning och kontroll

Den grundläggande dokumentationen som finns för att kontrollera om verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner är budget, verksamhetsplan, internkontrollplan samt medicinska rutiner, i form av bland annat beskrivna vårdprocesser. De olika IT-stöden som finns i Region Kronoberg stöttar verksamheter och den centrala förvaltningen i att systematiskt följa upp och utvärdera verksamheten. Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden får regelbunden återkoppling genom månads- och delårsrapporter. Intervjuade inom Hälso- och sjukvårdsnämnden anger också att uppföljning till viss del sker genom att bjuda in verksamhetschefer till sammanträden så att de kan redogöra för nuläge och utmaningar inom sina respektive områden.

Intervjuade inom förvaltningen anger också andra metoder för att arbeta med systematisk uppföljning. Bland dessa finns arbetsmiljögenomgång och medarbetarsamtal för att säkerställa personalens rättigheter, kompetens och utveckling. För att förbättra medicinsk kvalitet nämns bland annat journalgenomgångar som kan leda till reviderade rutiner och ökad kunskap om vårdens kvalitet inom en specifik verksamhet. Genom intervjuerna blir det också tydligt att det finns skillnader i hur kontrollerna genomförs i de olika verksamheterna.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 2 instämmer i att det finns en utarbetad egenkontroll. Lika många anser också att det är tydliggjort vad som ingår i egenkontrollen. En mindre andel, 2 av 5, anser att det är tydliggjort vilken frekvens och omfattning egenkontrollen har. 1 av 5 anger att de inte vet om så är fallet.

¹⁹ Internkontroll. Anvisningar. 2019-07-22. Sida 4.

4.3.2. Struktur för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter

IT-stödet Synergi är Region Kronobergs verktyg för att hantera avvikelser, tillbud, risker, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. När ett avvikelseärende registreras ska också en riskbedömning göras för att beskriva sannolikheten för att händelsen upprepas samt vilken konsekvens det medför om händelsen upprepas. Dokumentgranskningen visar att det finns en rutin för hur ärenden som handläggs av Patientnämnden eller patientförsäkringen LÖF (Lof regionernas ömsesidiga försäkringsbolag), sker enligt Lex Maria eller anmäls som fel i vården till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska kopplas till Synergi och även till journalsystemet COSMIC för att dokumenteras på ett strukturerat sätt²⁰.

Riktlinjen för avvikelshantering²¹ beskriver utförligt hur avvikelshantering görs inom Region Kronoberg. Det finns definitioner och tydligt ansvar för olika funktioner samt en processbeskrivning för hur avvikelser och anmälningar ska hanteras. Se *Figur 4* nedan. Här tydliggörs också hur avvikelser som berör externa enheter ska hanteras. Riktlinjen ger också en tydlig metod för hur ständiga förbättringar genom systematiska arbetssätt genomförs. Arbetsmetoden som beskrivs är den så kallade PDCA-cirkeln, det vill säga Plan – Do – Check – Act. Till sist tydliggör riktlinjen även vilka lagar och föreskrifter som styr arbetet med avvikelshantering.



Figur 4 Processbeskrivning för hantering av avvikelser och anmälningar. Källa: Avvikelsehantering - riktlinje. Giltig från och med 2019-06-03. Sida 3.

Processen för avvikelshantering är ett tydligt exempel på dokumenterade rutiner för att ta emot och utreda samt sammanställa och analysera avvikelser, tillbud, risker, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Patientnämndens medarbetare stödjer vid behov verksamhetscheferna i handläggningen av patientnämndsärenden i systemhantering även om detta formellt inte ingår uppdraget. Dokumentgranskningen visar att Hälso- och sjukvårdsnämnden under 2020 inte har erhållit systematisk eller dokumenterad information om

²⁰ Lathund för bearbetare vid hantering av LÖF, IVO, och PAN ärende. Giltig från och med 2019-07-11.

²¹ Avvikelsehantering - riktlinje. Giltig från och med 2019-06-03.

avvikelser. I intervjuer framkommer att det inte heller har diskuterats systematisk eller dokumenterad information om avvikelser i regiondirektörens ledningsgrupp. Intervjuade inom nämnden menar att det är föredragande direktör som ansvarar för att avgöra om information ska delges nämnden eller inte. En revision av avvikelshanteringen 2017 gör den sammanfattande bedömningen att Region Kronoberg har goda förutsättningar för en ändamålsenlig hantering av avvikelser men att avvikelshanteringsens fulla potential inte utnyttjas. Bland annat beskriver granskningen att ärenden avslutas utan att åtgärder noteras, att avvikelser lyfts i varierande grad på arbetsplatsträffar och att medarbetare och chefer inte har tillräcklig kunskap för att arbeta med avvikelser. Intervjuade beskriver att uppföljningar har gjorts men att en otillräcklig resurssättning har resulterat i att det strategiska arbetet har fått stå tillbaka för det operativa arbetet med utbildning, handledning och support. Effekten är att utvecklings- och uppföljningsarbetet inte har kunnat genomföras i tillräcklig utsträckning.

En annan instans som tar emot klagomål och synpunkter är Patientnämnden. Dess uppdrag regleras bland annat i Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården samt i arbetsordningen och reglementet för Region Kronoberg. Generellt sett har Patientnämnden ansvar att stödja och hjälpa enskilda patienter inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt tandvård samt att bidra med kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet. Till skillnad från avvikelshanteringen som framför allt sker inom och mellan vårdgivare företräder Patientnämnden patientens perspektiv. Patientnämnden bidrar med analyser och konkreta tips på hur patientärenden kan användas för att utveckla verksamheten. Bland de publicerade rapporterna finns innehållsanalyser och sammanställningar av inkomna synpunkter generellt eller för specifika verksamhetsområden. När det gäller fokusområde för rapporterna är det Inspektionen för vård och omsorg som beslutar för den årliga rapport som initieras enligt lagkrav. Övriga rapporter som utkommer i Regionen har beslutats av Patientnämnden. Rapporterna delges Hälso- och sjukvårdsnämnden, hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt berörda verksamhetschefer. I samband med vissa rapporter bjuder Patientnämnden in till sammanträden för att diskutera med berörda verksamheter.

Utifrån intervjuer med den politiska organisationen och förvaltningen är det tydligt att de intervjuade har en framför allt övergripande kunskap om hur avvikelshanteringen fungerar. Kunskapen kring avvikelshanteringsprocessen och eventuella åtgärder ökar ju närmare den intervjuade befinner sig verksamheten. Intervjuade i verksamheten har god insyn i processen. Det finns även en övergripande kännedom kring Patientnämndens arbete och även här är det tydligt att kännedomen ökar ju närmare verksamheten den intervjuade är.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 9 av 10 instämmer i att det finns ett upprättat och utarbetat system för hantering av avvikelser samt system för rapportering och utredning av händelser. Sammanlagt 8 av 10 instämmer i att det finns ett upprättat system för rapportering av synpunkter och klagomål. Totalt 6 av 10 instämmer i att klagomål, synpunkter och inkomna rapporter sammanställs systematiskt. Svaren från självskattningsenkäten visar också att 4 av 10 instämmer i att klagomål, synpunkter och inkomna rapporter analyseras systematiskt för att upptäcka mönster samtidigt som 2 av 10 anger att de inte vet om så är fallet.

Intervjuade inom förvaltningen anger att PDCA-cirkeln, i intervjuer även benämnd som PDSA-hjulet, används för att arbeta med förbättringar. Det görs i intervjuer inga tydliga kopplingar till hur det sker, hur det initieras eller hur det förankras med till exempel medarbetare. Några av de intervjuade anger att frågan kan lyftas på en arbetsplatsträff eller att det är kopplat till intern kontroll. Därtill lyfter intervjuade att det är upp till varje verksamhetschef att säkerställa att systematiskt tillvarata information som framkommer via riskanalyser och hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter.

Sammanlagt 1 av 2 instämmer i att sammanställningar på klagomål, synpunkter och inkomna rapporter kopplas till åtgärder i verksamheten samt åtgärder av processer och rutiner. 1 av 5 vet inte om så är fallet.

Svaren från självskattningssenkäten visar att 1 av 2 instämmer i att personalens medverkan i den systematiska sammanställningen av klagomål, synpunkter och inkomna rapporter och dess kopplingar till åtgärder är tydliggjord. 1 av 4 vet inte om så är fallet.

4.3.3. Kontrollpunkterna stöttar i samordning och uppföljning

Som tidigare konstaterat finns det inget regiongemensamt ledningssystem i Region Kronoberg. De verksamheter, framför allt anestesi, klinisk kemi och transfusionsmedicin, som har ett eget ledningssystem för att de bedriver certifierad verksamhet, arbetar med kontinuerlig uppföljning och anser att ledningssystemet också är stöttande i den meningen att det skapar en likriktning i verksamheten. När det uppstår oklarheter eller för nyanställda är ledningssystemet både styrande och stöttande. I Regionstyrelsens internkontrollplan för 2020 är en av aktiviteterna att genomföra 10 stickprov på ärenden i Synergi och resultatet visar att detta behandlas rätt till 60 procent.

Intervjuade i verksamheten anger att de uppfattar att ledningssystemet är stöttande. Däremot lyfter intervjuade i förvaltningen samtidigt att kontrollpunkterna kan upplevas som mindre stöttande eftersom de består av många processer och riktlinjer samt att dessa kan skilja sig mellan och inom verksamhetsområden. I intervjuer framkommer inga kopplingar till huruvida det är stöttande för att bedriva ett tydligt kvalitetsarbete utan det ses framför allt som ett verktyg för att samordna tidsatta processer och riktlinjer.

4.4. Bedömning och rekommendation: Uppföljning och kontroll

Helseplan bedömer att varken Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem. Då ett sådant saknas har inte Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden kunnat genomföra löpande uppföljning och kontroll.

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden genom de olika kontrollpunkterna som finns har kunnat göra löpande uppföljning och kontroll. Framför allt genom månads- och delårsrapporter samt genom internkontrollplanen har verksamheter följts upp enskilt. Det saknas en helhetsbild av hur processerna fungerar i Regionen. I denna återrapportering finns det inbyggda mekanismer för att bland annat arbeta med riskanalys och kontinuerligt bedöma om det finns risker som skulle medföra brister i verksamhetens kvalitet. Reglementet för intern styrning och kontroll tydliggör hur ansvaret fördelas. De kontrollpunkter som finns utgör ett visst stöd i verksamheten men det är tydligt att verksamheter som har ett eget ledningssystem har större nytta av det i sitt ständiga och långsiktiga kvalitetsarbete.

Helseplan bedömer också att det finns tydliga processer, IT-stöd och dokumenterade rutiner för hur verksamheterna ska arbeta med avvikelser, anmälningar, klagomål och synpunkter. **Vidare bedömer vi att** Patientnämndens arbete sker på ett strukturerat sätt som bidrar till systematisk uppföljning av klagomål och synpunkter till andra förvaltningar samt till förtroendevalda. Patientnämndens arbete är dock inte heltäckande och det systematiska uppföljningsarbetet sker till största del i verksamheterna, varför det bedöms viktigt att verksamheternas uppföljningsarbete sker systematiskt.

Helseplan rekommenderar:

- att Regionstyrelsen säkerställer att projektet Övergripande ledningssystem tar fram en tydlig struktur för löpande uppföljning och kontroll så väl inom förvaltningen som inom den politiska organisationen.

4.5. Iakttagelser: Ansvarsfördelning och roller

Följande avsnitt behandlar fråga 3. *Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att ansvarsfördelning och roller för det tänkta regiongemensamma ledningssystemet är fastställda samt för det ledningssystem som finns idag?* och dess underfrågor. Se avsnitt 2.3 Revisionsfrågor för en uttömmande lista över underfrågor.

4.5.1. Strukturer för ägarskap och ansvar

Den politiska organisationens ägarskap och ansvar regleras i arbetsordningar och reglementen som antas av Regionfullmäktige. Den nuvarande versionen gäller 2019-2022 och reviderades senast 2020-04-08. Arbetsordningar och reglementen tydliggör enligt vilka lagrum som den politiska organisationen verkar, vilka mandat styrelsen respektive nämnderna har samt vilken funktion i förvaltningen som är föredragande tjänsteman vid sammanträdet. Delegationsordningen kompletterar i viss mån arbetsordningar och reglementen genom att den slår fast beslutanderätten för styrelse respektive nämnderna. Delegationsordningen lyfter också skillnaden mellan delegering (beslutanderätt) och verkställighet (befogenhet som intern arbetsfördelning inom en organisation medför). Verkställigheten ger därmed utrymme för tjänstemän i förvaltningen att arbeta med den dagliga verksamheten. Den politiska strukturen

kan medföra otydligheter inom förvaltningen, menar intervjuade politiker. Det kan till exempel handla om vem som har rätt att besluta och var gränsen mot verkställigheten går. Det faktum att Regionstyrelsen har personalansvaret och Hälso- och sjukvårdsnämnden har vårdgivaransvaret kan också medföra otydligheter.

År 2018 presenterades en revision som har granskat om det föreligger en ändamålsenlig delegationsordning inom Region Kronoberg. Granskningen gör den sammanfattande bedömningen att det föreligger en ändamålsenlig delegationsordning men att den inte efterlevs i alla delar. Framför allt handlar det om avsaknaden av återrapportering av delegerade beslut. Granskningen resulterade i kontrollpunkter i internkontrollplanen där åtgärderna har varit utbildning av de som har delegation från nämnderna i de av styrelsen fastställda rutinerna.

Inom förvaltningen finns det tydliga uppdrag och arbetsbeskrivningar, delegationsordningar och beslutsordningar för vem som gör vad och hur beslut fattas. Strukturen vad avser ägarskap och ansvar inom linjeorganisationen uppfattas som tydliga av intervjuade. Det finns riktlinjer om hur ledarskapet i Region Kronoberg ska ta sig uttryck där det också finns tydliga uppdrag för ledande chefsfunktioner samt information om rollen som chef respektive ledare. På liknande sätt har medarbetarskapets ansvar tydliggjorts i en annan folder. Även organisationskartan är ett dokumenterat underlag för hur Regionens verksamheter är strukturerade och var arbetet ska utföras. Intervjuade i förvaltningen lyfter att det finns områden där det finns otydlighet i ansvarsfördelningen och kring processernas relation i linjeorganisationen, till exempel vad avser vem som ska genomföra ett förbättringsarbete som berör flera verksamheter eller vem är processägare/-ledare när Region Kronoberg går mot en mer processororienterad struktur.

I projektet Övergripande ledningssystem ingår två projektmål som syftar till att tydliggöra ansvarsfördelning och roller. Projektet ska ta fram en organisation för processtyrning med dokumenterat ansvar och befogenheter för att stötta utveckling och förvaltning av processerna samt en organisation för förvaltning av ledningssystemet. Dokumentgranskningen visar att projektet har arbetat med förankring för att tydliggöra roller, ansvar och mandat. Intervjuade beskriver att uppfattningen inom Region Kronoberg inte är enhetlig när det gäller innebörden av processerna och ledningssystemet och lyfter behovet av att ledningen står bakom samsyn, ambitionsnivå och tydligt kommunicerade mål kring ledningssystemet för att kunna komma vidare med nödvändiga beslut gällande införande av det.

Avsaknaden av ett regiongemensamt ledningssystem i Region Kronoberg gör att det är svårt att uttala sig om huruvida det finns en tillfredställande kännedom hos berörd personal om ledningssystemets olika delar. I intervjuerna framkommer en bild av att det finns en god kännedom om de olika styrande processerna och rutinerna som finns, som till exempel budget, månads- och årsrapport, internkontrollplan och verksamhetsplaner. Även verktyg som riskanalys och avvikelshantering används framför allt inom förvaltningen. Samtidigt är det tydligt att de intervjuade inom såväl förvaltning som politisk organisation inte konkret kan säga vilka delar som ska ingå i ett ledningssystem. Intervjuade i den politiska organisationen anger att de vänder sig till Regionstyrelsens personalutskott om det finns frågor kopplade till ledning och struktur.

Svaren från självskattningsenkäten visar att 1 av 2 instämmer i att det finns ett för Regionen och verksamheten antaget ledningssystem. Detta trots att det inte finns något sådant. 1 av 6 anger att det inte vet om så är fallet. På frågan om ledningssystemet är implementerat och känt i organisationen instämmer 1 av 3. 1 av 5 anger att de inte vet om så är fallet. Till sist svarar 2 av 5 att de inte vet om det finns etablerade och förankrade rutiner för att medvetandegöra kring och uppdatera ledningssystemet.

4.6. Bedömning och rekommendation: Ansvarsfördelning och roller

Helseplan bedömer att det inte finns något regiongemensamt ledningssystem idag vilket medför att Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har kunnat säkerställa ansvarsfördelningen och roller. Projektet Övergripande ledningssystem har projektmål som syftar till att tydliggöra detta inför att ett regiongemensamt ledningssystem ska implementeras, men har inte nått projektmålen som bedöms bero på att det saknas tidplan och samsyn gällande innebörden av ledningssystemet.

Helseplan rekommenderar:

- att Regionstyrelsen säkerställer att ansvarsfördelningen och rollerna i det regiongemensamma ledningssystemet blir fastställda och utvärderas regelbundet för att säkerställa dess ändamålsenlighet.

5. Övergripande bedömning

Helseplans övergripande bedömning är att Regionstyrelsen inte har säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det finns inget regiongemensamt ledningssystem trots att Regionstyrelsen tog beslut om att införa ett redan 2012. Avsaknaden av ett regiongemensamt ledningssystem gör att Region Kronoberg inte uppfyller sitt åtagande att arbeta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det medför också att det saknas enhetliga definitioner och förståelse för framför allt begreppet kvalitet och att det därmed kan råda olika arbetssätt, handhavanden och tolkningar av Region Kronobergs processer och rutiner. Vidare är det inte heller tydligt kartlagt vilka lagar och föreskrifter som Region Kronobergs verksamheter i egen regi styrs utifrån.

Vi bedömer vidare att det i den politiska organisationen och i förvaltningen finns en utbredd uppfattning om att det finns ett regiongemensamt ledningssystem. Ingen har kunnat redogöra för enskilda beslutade dokument som bekräftar detta och det pågående projektet Övergripande ledningssystem bevisar att detta är en felaktig uppfattning. Projektets projektplan, som beslutades 2020, tydliggör att det inte finns något regiongemensamt ledningssystem.

Vi bedömer att det som förtroendevalda och tjänstemän anser är ledningssystemet är snarare så kallade kontrollpunkter som syftar till att styra och leda Region Kronoberg. Det handlar framför allt om den politiska beslutade budget som bryts ner i verksamhetsplaner och handlingsplaner i förvaltningen som sätter mål och ramar för hur verksamheten ska bedrivas. En ytterligare kontrollpunkt är interkontrollplanen som fastställs i styrelse och i respektive nämnd. Här ingår också delvis uppföljning av vårdgivare som utför vård finansierade med offentliga medel. Dessa kontrollpunkter säkerställer i viss mån att det finns en kvalitetsgrund att stå på men det finns inga tydliga kopplingar till hur processer utvecklas löpande eller hur systematiskt förbättringsarbete förväntas ske med anledning av olika utfall. Kunskapen kring hur förbättringar genomförs finns framför allt verksamhetsnära men om fler än en verksamhet är involverad finns det risk att ingen tar på sig ansvar och ägarskap för förändringen.

Vi bedömer också att några verksamheter föregår med gott exempel och har infört egna ledningssystem för att erhålla olika certifieringar eller uppfylla standarder som är nödvändiga för deras arbete. Det finns ingen koppling mellan dessa system och dessa verksamheter kan inte heller säkerställa att de uppfyller regiongemensamma krav då dessa aldrig har funnits.

Helseplans övergripande rekommendation är därför att Regionstyrelsen skyndsamt ska säkerställa att projektet Övergripande ledningssystem implementeras och att Regionstyrelsen samtidigt upprättar mekanismer för löpande uppföljning och kontroll för att säkerställa att det regiongemensamma ledningssystemet är ändamålsenligt och långsiktigt hållbart.

Nedan tabell visar bedömning för den övergripande revisionsfrågan samt de underliggande revisionsfrågorna. Den enskilda bedömningen har graderats utifrån skalan uppfyllt (grön markering), delvis uppfyllt (gul markering) samt ej uppfyllt (röd markering).

Tabell 2 Sammanfattning av övergripande bedömningar och underfrågorna.

Övergripande fråga	Kommentar	Bedömning
Har Regionstyrelsen säkerställt att Region Kronoberg har ett fungerande ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter?	Det finns inget regiongemensamt ledningssystem trots att Regionstyrelsen tog beslut om att införa ett redan 2012.	
Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att Region Kronoberg uppfyller de lagar och föreskrifter som finns på området? • Om inte, vad uppfylls inte? • Beskriv status för Region Kronobergs ledningssystem och vad det omfattar. Beskriv även om det finns en koppling mellan ledningssystemet och Regionens verksamhets- och uppföljningssystem (Stratsys). • Är kvalitetsbegreppet definierat på ett tillfredsställande sätt av Regionen? • Är de lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård inventerade där det framgår krav och mål som gäller för verksamheten? • Är de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvården identifierade, beskrivna och fastställda? • Innehåller ledningssystemen tydliga processer och mål för det systematiska kvalitetsarbetet?	Region Kronoberg saknar ett enhetligt ledningssystem och det finns inte heller någon tydlig inventering av lagar och föreskrifter, ingen gemensam definition av begreppet kvalitet eller tydliga processer för ett systematiskt kvalitetsarbete.	
Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt genom löpande uppföljning och kontroll att Regionen har ett fungerande ledningssystem? • Finns det tydliga och ändamålsenliga uppföljningsmetoder av ledningssystemen och åtgärder för att nå måluppfyllelse?	Varken Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem. Då ett sådant saknas har inte Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden	

• Finns det rutiner för att fortlöpande bedöma om det finns risker i verksamheten och som skulle kunna medföra brister i verksamhetens kvaliteter? • Finns det dokumenterade rutiner för att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner? • Finns det dokumenterade rutiner för att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten? • Finns det dokumenterade rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet? • Finns det rutiner för att sammanställa och analysera rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet? • Sker det ett systematiskt tillvaratagande av vad som framkommer från riskanalyser och rapporter, klagomål och synpunkter för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet? • Uppfattas ledningssystemen utgöra ett stöd i kvalitetsarbetet av berörd personal?	kunnat genomföra löpande uppföljning och kontroll.	
Har Regionstyrelsen/Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att ansvarsfördelning och roller för det tänkta regiongemensamma ledningssystemet är fastställda samt för det ledningssystem som finns idag? • Finns det en tillräcklig struktur avseende ägarskap och ansvar på olika nivåer inom organisationen? • Finns det en tillfredsställande kännedom hos berörd personal om ledningssystemens olika delar?	Det finns inget region-gemensamt ledningssystem vilket medför att Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har kunnat säkerställa ansvarsfördelning och roller. Projektet Övergripande ledningssystem har mål som syftar till att tydliggöra detta inför att ett region-gemensamt ledningssystem ska implementeras, men har inte nått projektmålen som bedöms bero på att det saknas tidplan och samsyn gällande innebörden av ledningssystemet.	

6. Bilagor

6.1. Bilaga 1 – Förteckning över intervjuade

Tabell 3 Förteckning över intervjuade.

Funktion/Befattning och organisatorisk tillhörighet
Ordförande Regionstyrelsen
1:a vice ordförande Regionstyrelsen
2:a vice ordförande Regionstyrelsen
Ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden
1:a vice ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden
2:a vice ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden
Regiondirektör
Kanslidirektör
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Ekonomi- och planeringsdirektör
Verksamhetsområdeschef primärvård och rehab
Verksamhetsområdeschef sjukhusvård
Verksamhetsområdeschef psykiatri
Verksamhetsområdeschef rättspsykiatri
Verksamhetsområdeschef tandvården
Enhetschef, Lednings- och analysenheten
Verksamhetsutvecklare, Lednings- och analysenheten
Uppföljningsstrateg, Lednings- och analysenheten
Säkerhetschef, Regionstab, Säkerhetsenheten
Verksamhetsutvecklare, Regionstad, Säkerhetsenheten
Handläggare, Patientnämnden

6.2. Bilaga 2 – Påstående och svarsalternativ för självskattningsenkäten

Tabell 4 Påståenden och svarsalternativ i självskattningsenkät.

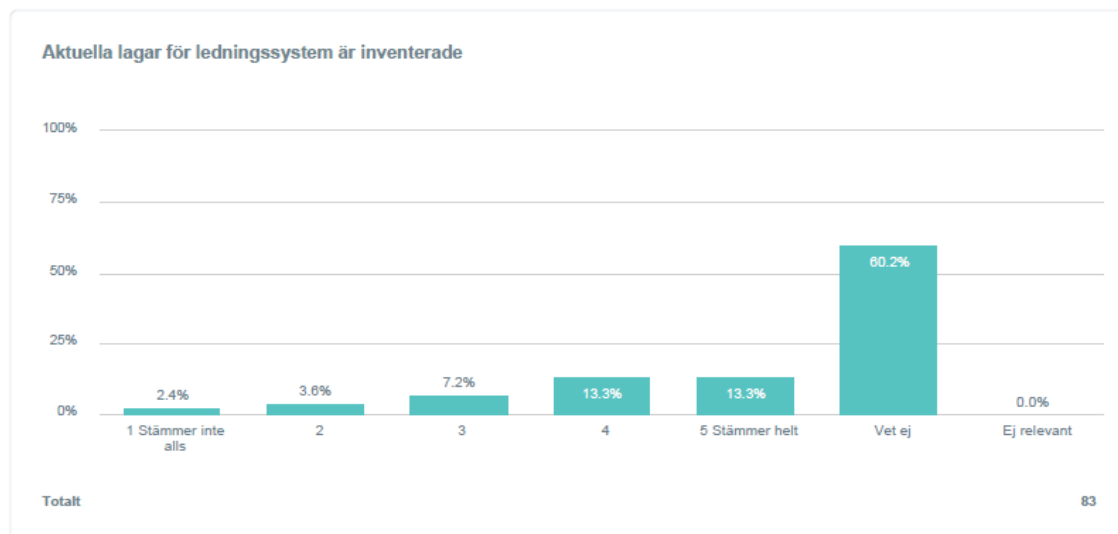
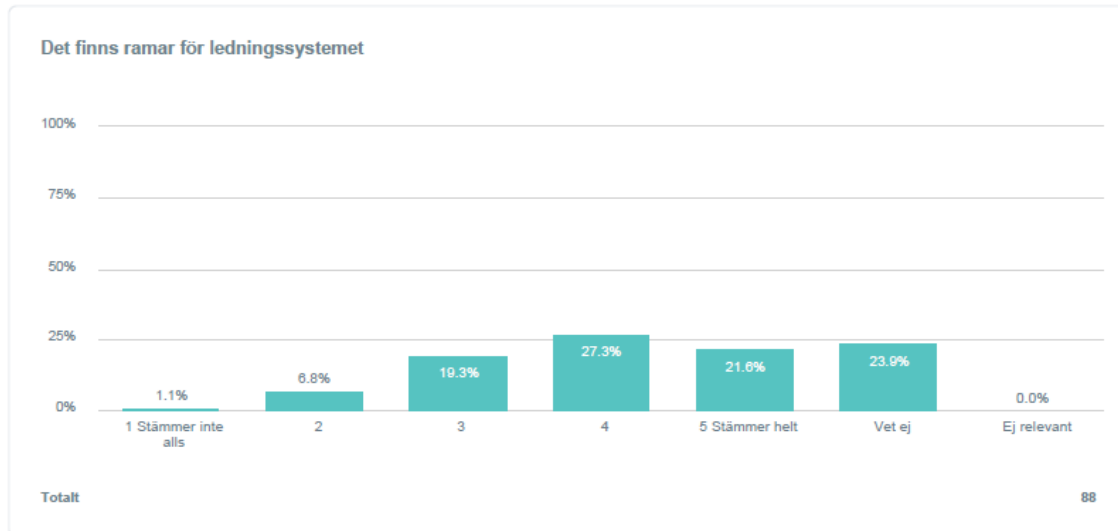
Påstående	Svarsalternativ
Det finns ramar för ledningssystemet	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Aktuella lagar för ledningssystem är inventerade	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Begreppet kvalitet är definierat för nämnder/verksamheter	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Nämnd-/verksamhetsmål är tydliggjorda	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Ledningssystemet är ändamålsenligt anpassat för verksamheter	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Ansvar är tydliggjort i ledningssystemet	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Processer för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Processer för att säkra verksamhetens kvalitet är kartlagda	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
De aktiviteter som ingår i processen för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade	Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska, Tidsbundna, Vet ej, Ej relevant
De aktiviteter som ingår i processen för att säkra verksamhetens kvalitet är i inbördes ordning bestämda	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Rutiner är utarbetade och fastställda för dessa aktiviteter	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Ansaret är tydligt i processen för att säkra verksamhetens kvalitet	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Tillvägagångssätt för processen att säkra verksamhetens kvalitet är tydligt beskrivet	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Processer för samverkan är identifierade	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"

Det framgår av processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Det framgår av processer och rutiner hur samverkan med andra verksamheter/myndigheter/föreningar ska ske	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Former för det systematiska förbättringsarbetet är tydliggjorda	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – stämmer helt"
Risikanalys för det systematiska förbättringsarbetet är utarbetad	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
I riskanalysen uppskattas sannolikheter och konsekvenser	Skala från "1 – Stämmer inte alls" till "5 – Stämmer helt"
Kommentar till befintligt ledningssystem inom Region Kronoberg	Frivillig fritextfråga

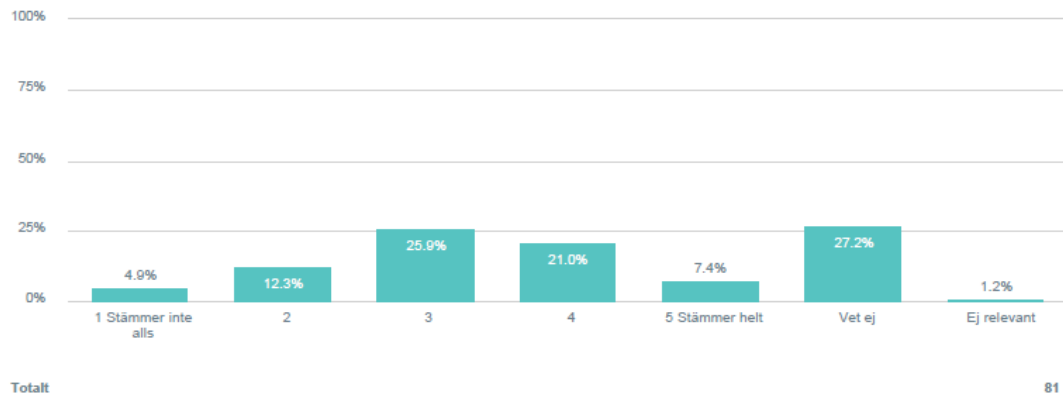
Alla svarsalternativ har kompletterats med möjligheten att svara "Vet ej" eller "Ej relevant".

6.3. Bilaga 3 – Självskattningsenkät

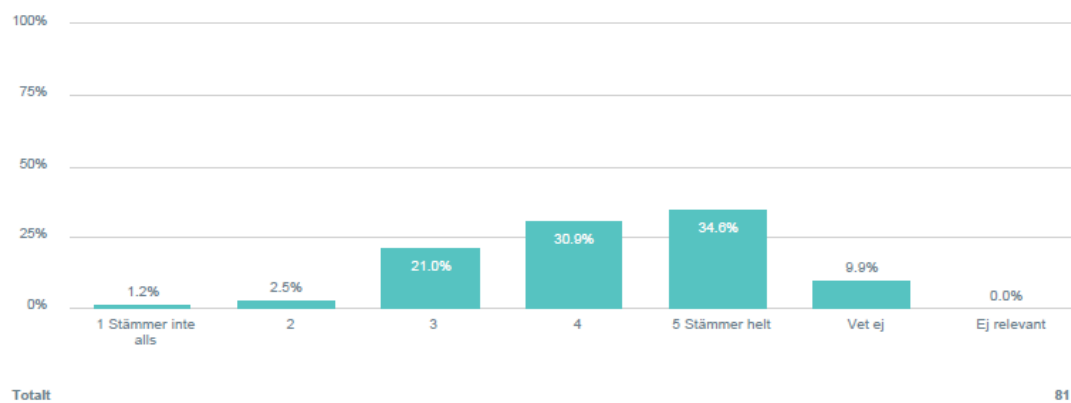
Nedan redovisas en sammanställning av enkätsvaren.



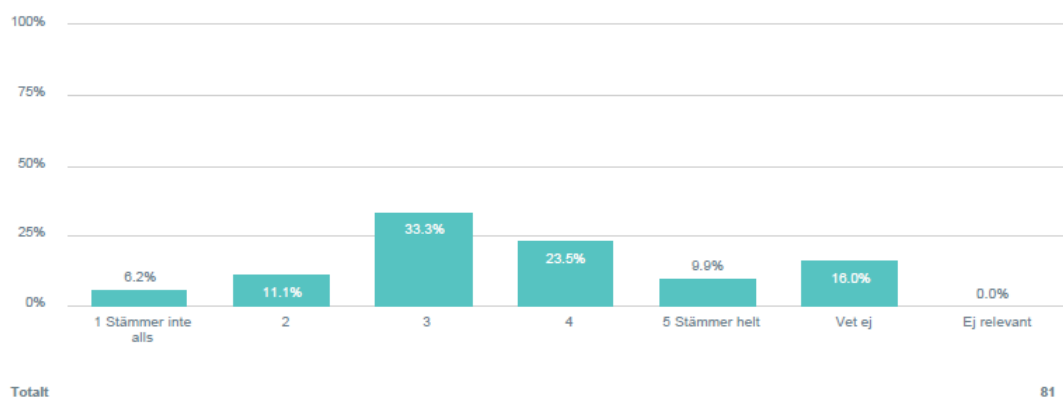
Begreppet kvalitet är definierat för nämnder/verksamheter



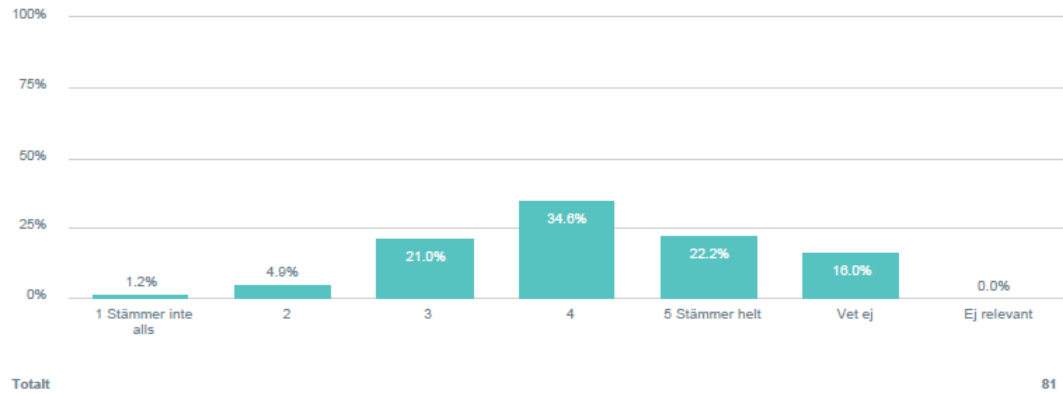
Nämnd-/verksamhetsmål är tydliggjorda



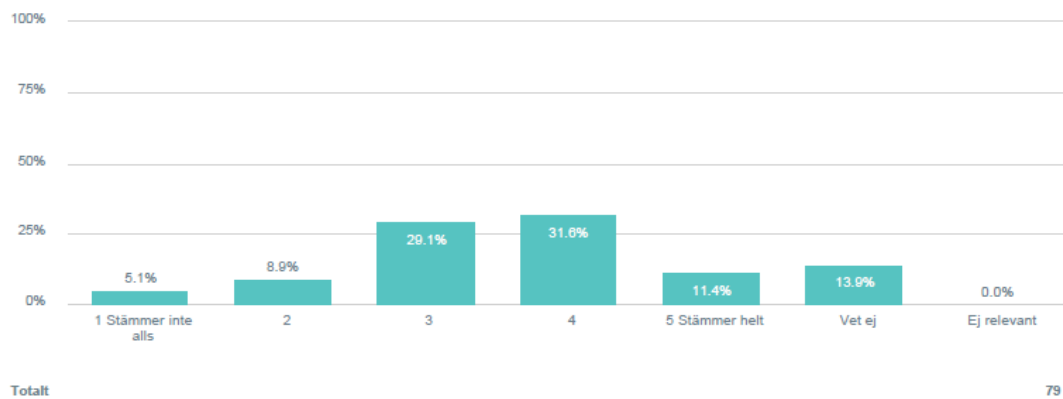
Ledningssystemet är ändamålsenligt anpassat för verksamheter



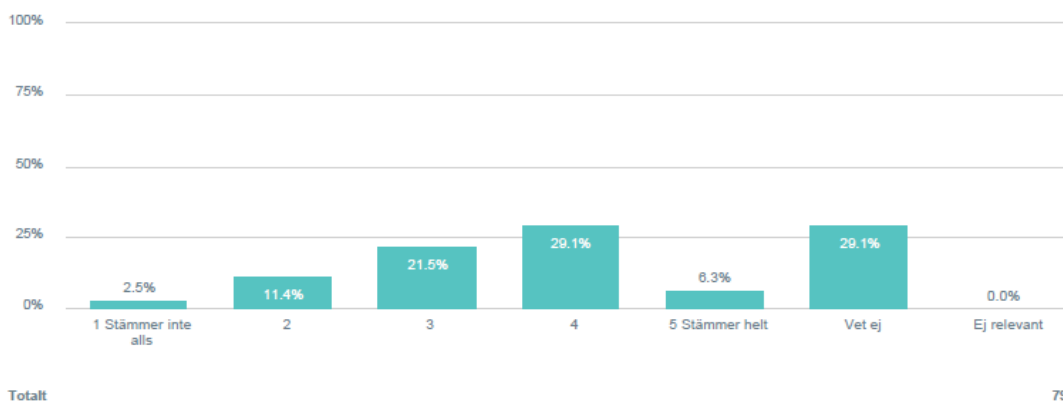
Ansvar är tydliggjort i ledningssystemet



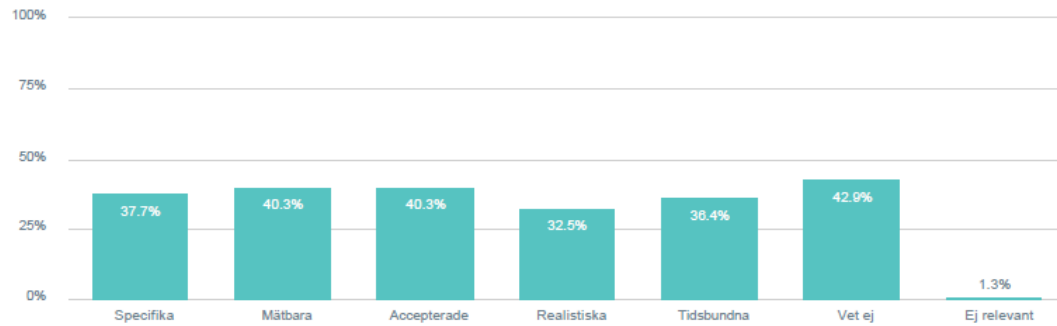
Processer för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade



Processer för att säkra verksamhetens kvalitet är kartlagda



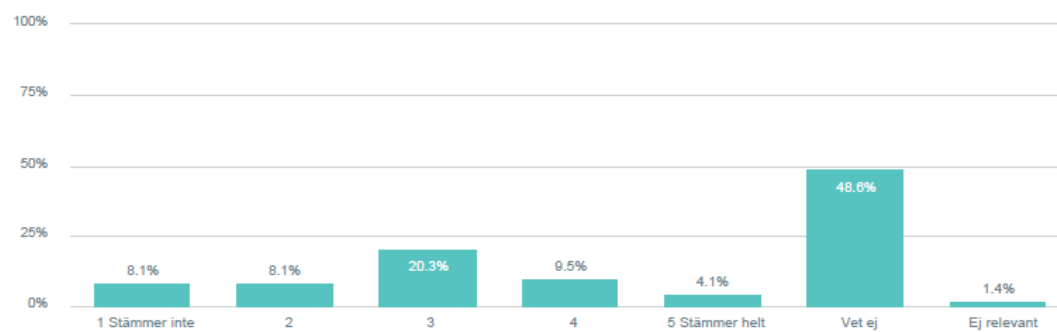
De aktiviteter som ingår i processen för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade (fyll i samtliga tillämpliga)



Totalt

77

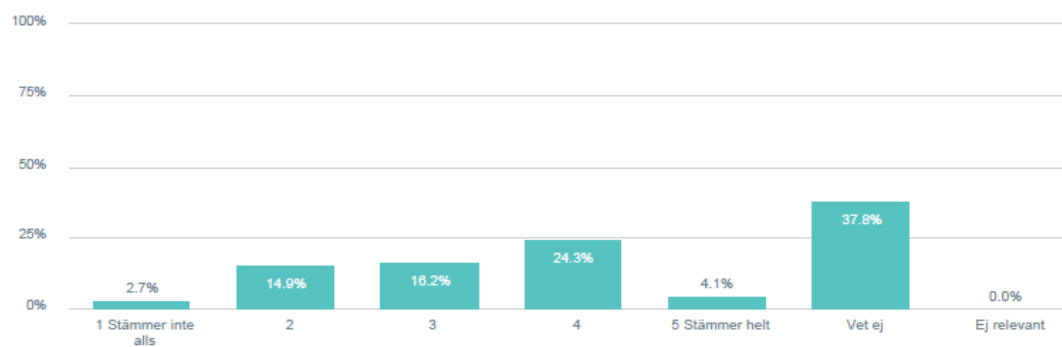
De aktiviteter som ingår i processen för att säkra verksamhetens kvalitet är i inbördes ordning bestämda



Totalt

74

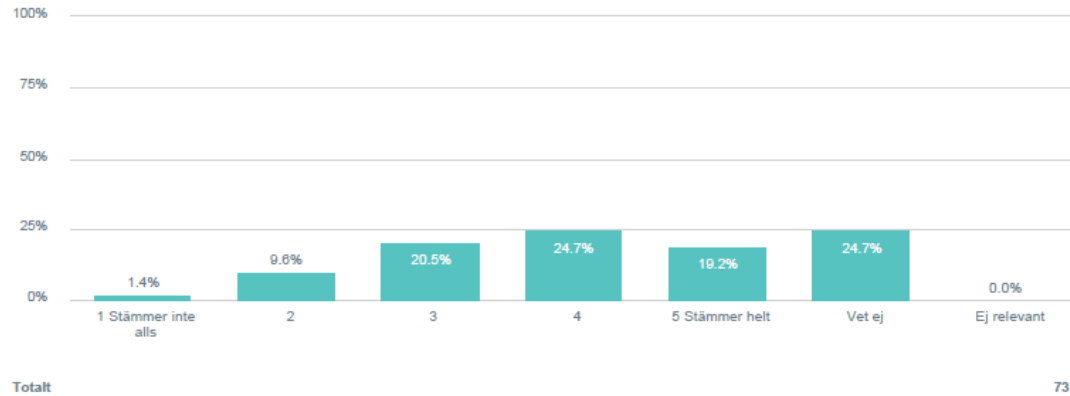
Rutiner är utarbetade och fastställda för varje enskild aktivitet kopplade till kvalitetssäkringsprocessen



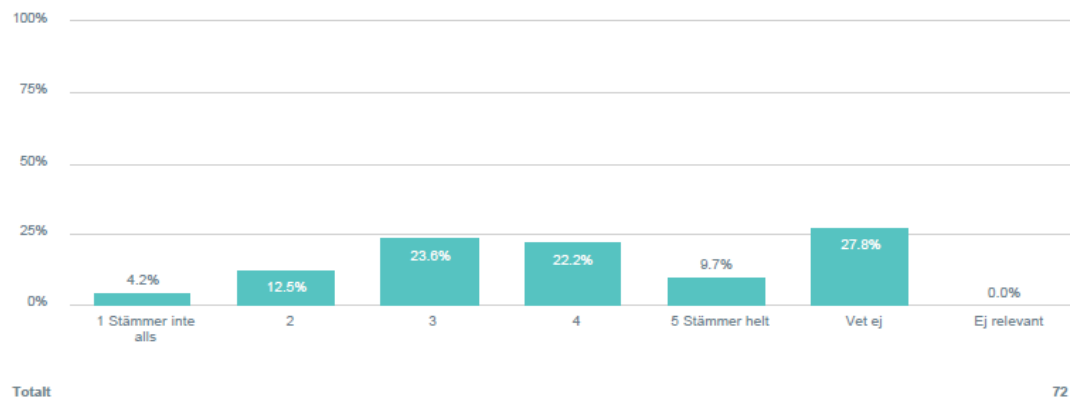
Totalt

74

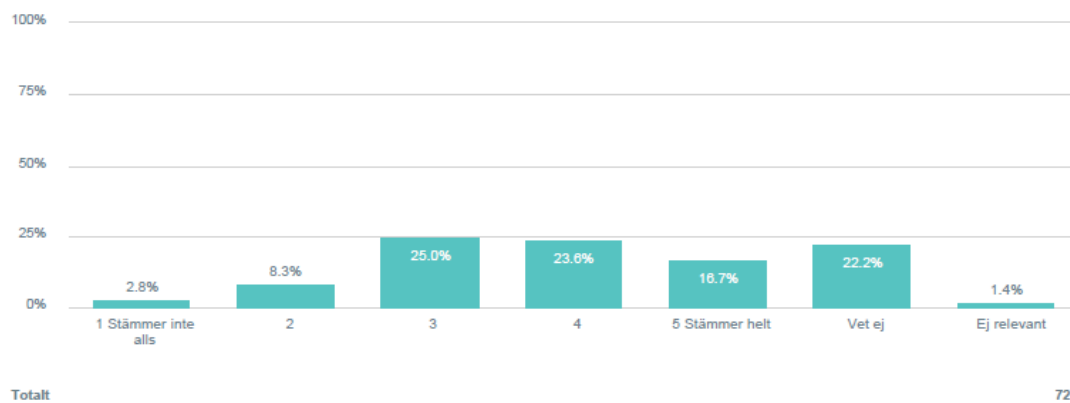
I processen för att säkra verksamhetens kvalitet är ansvar tydliggjort



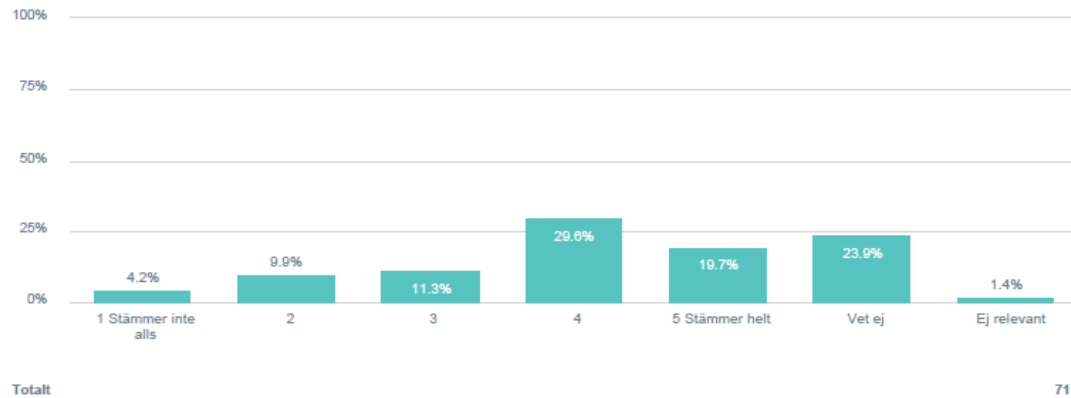
Tillvägagångssätt för processen att säkra verksamhetens kvalitet är tydligt beskrivet



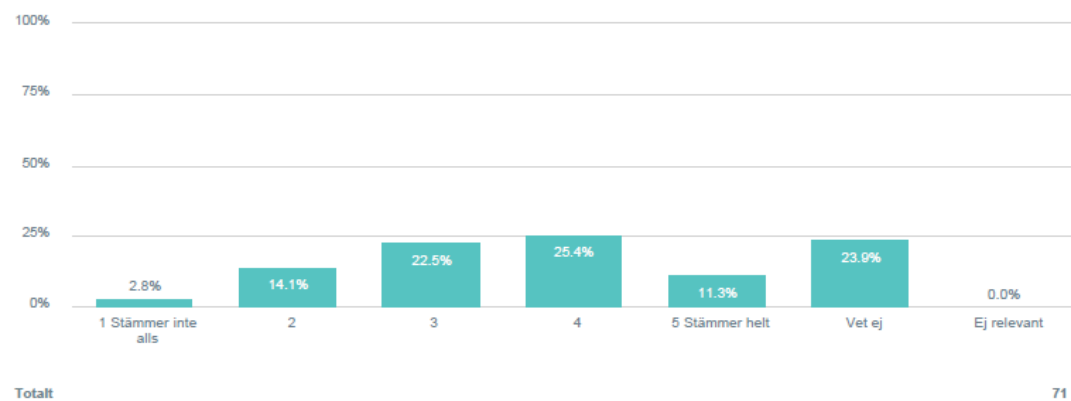
Processer för samverkan är identifierade



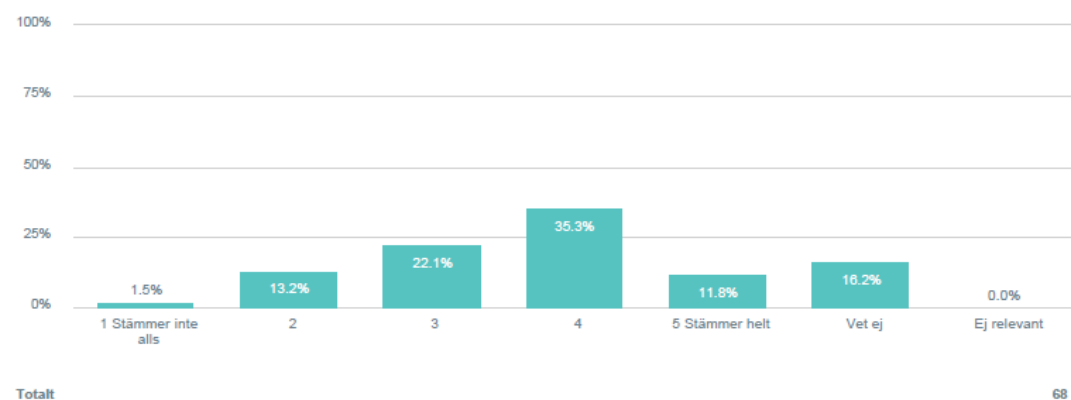
Det framgår av processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten



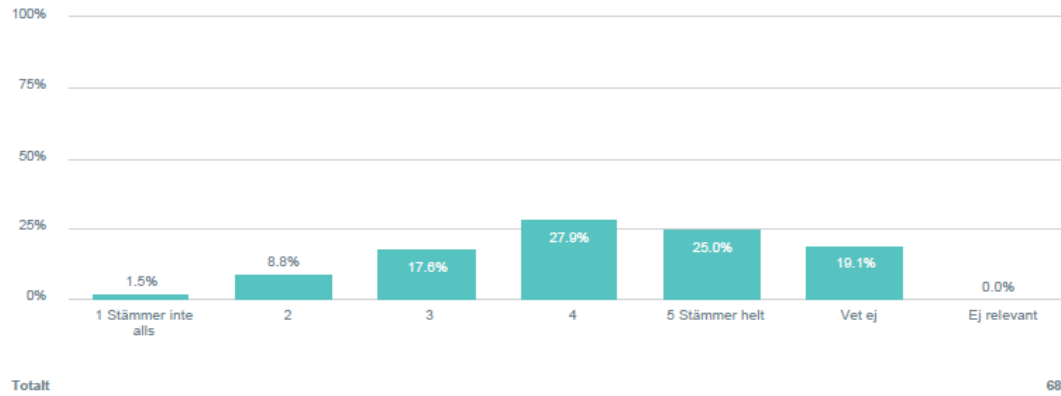
Det framgår av processer och rutiner hur samverkan med andra verksamheter/myndigheter/föreningar ska ske



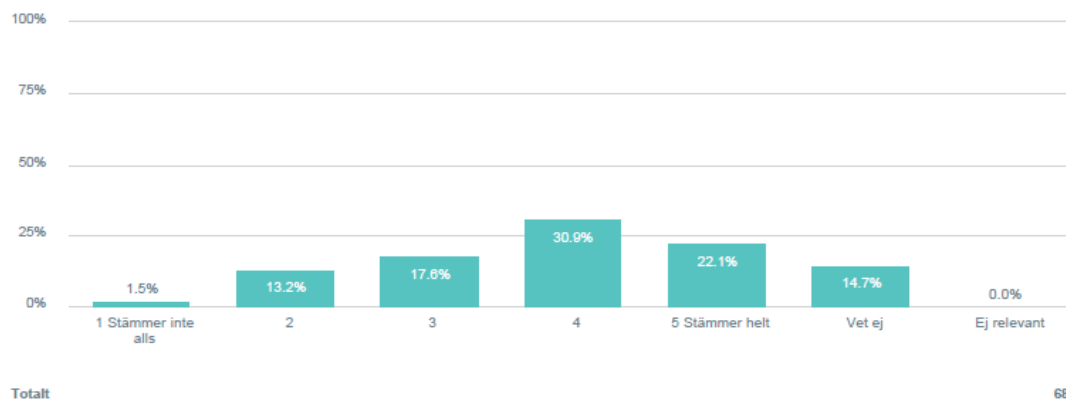
Former för det systematiska förbättringsarbetet är tydliggjorda



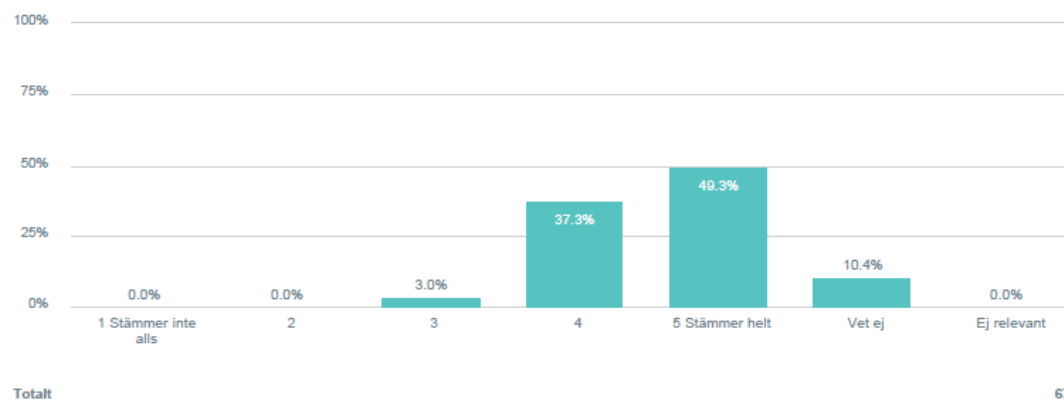
Risikanalyser genomförs kontinuerligt inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet



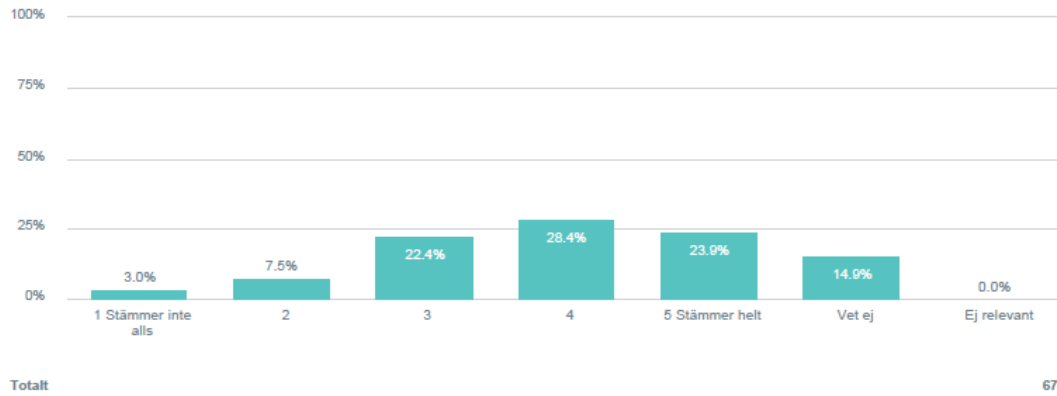
Det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras



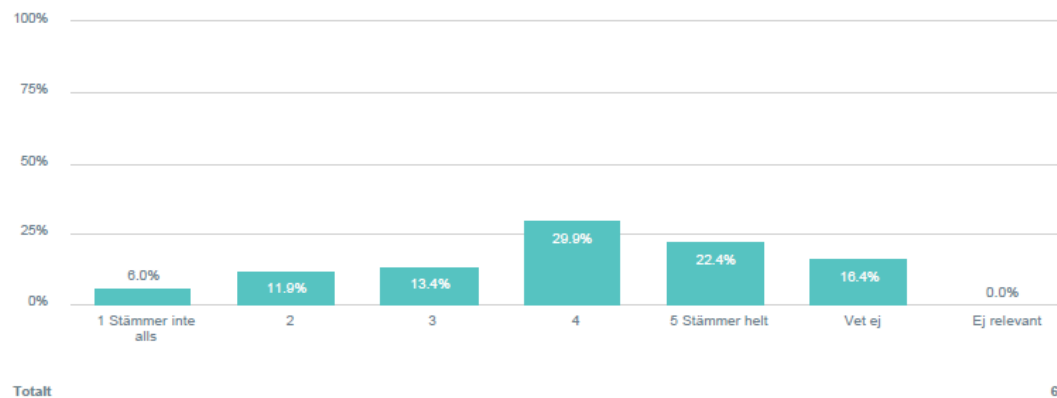
I riskanalysen uppskattas riskernas sannolikhet och konsekvens



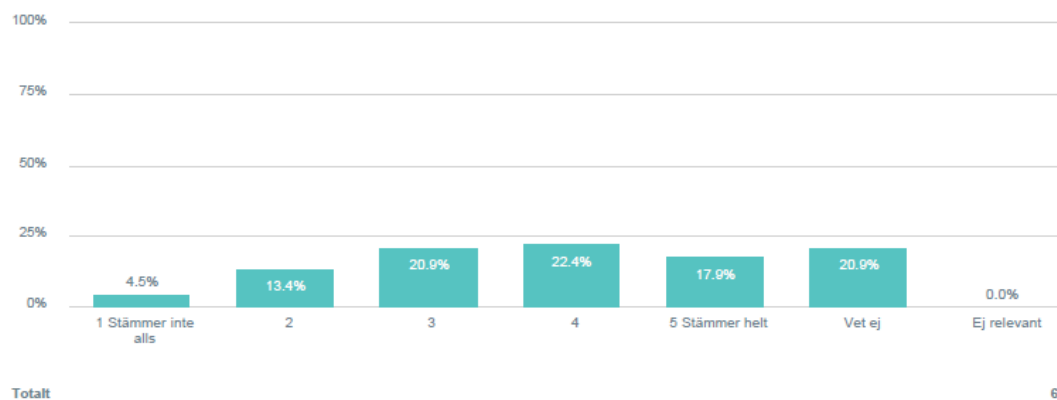
Det finns en utarbetad egenkontroll



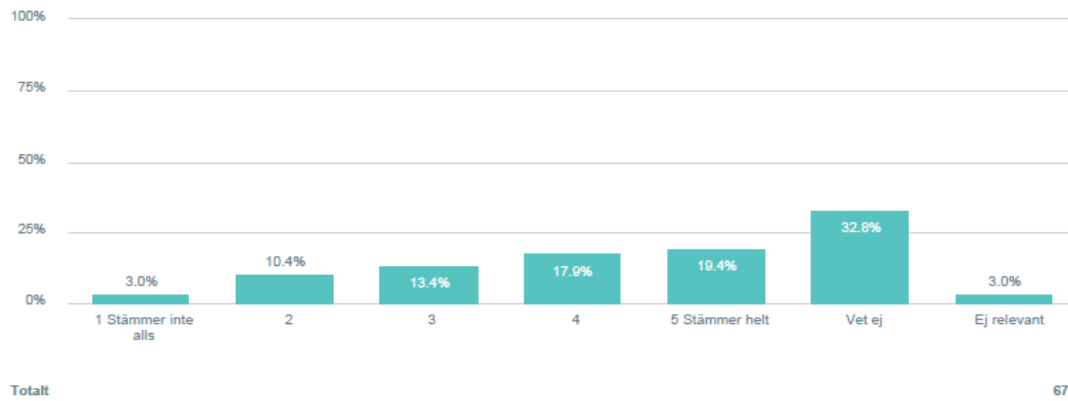
Det är tydliggjort vad som ingår i egenkontrollen



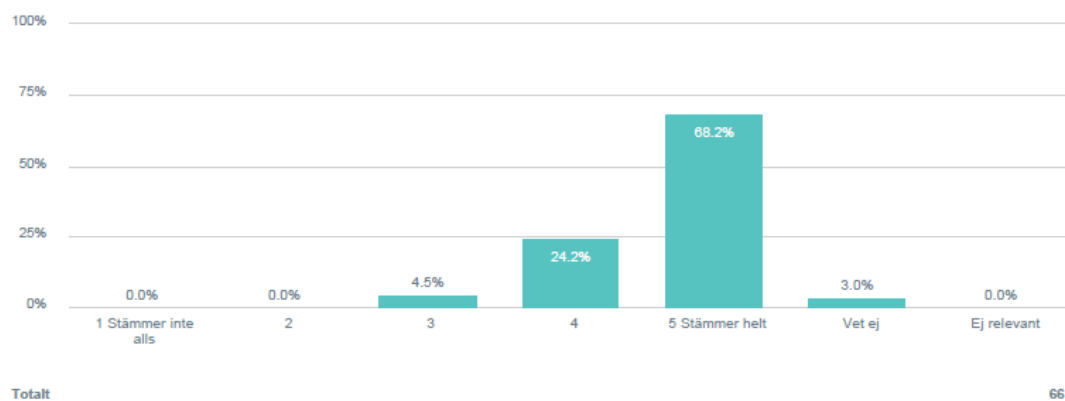
Det är tydliggjort vilken frekvens och omfattning egenkontrollen har



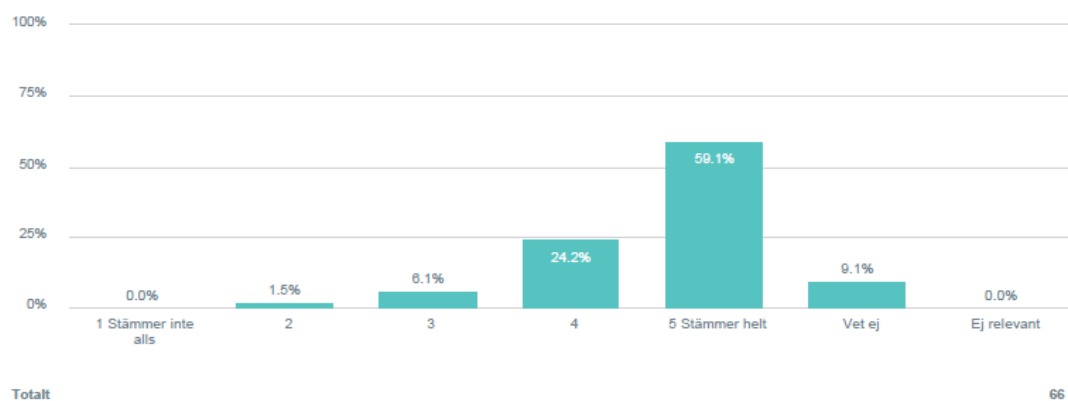
Det finns ett upprättat system för uppföljning av utförare



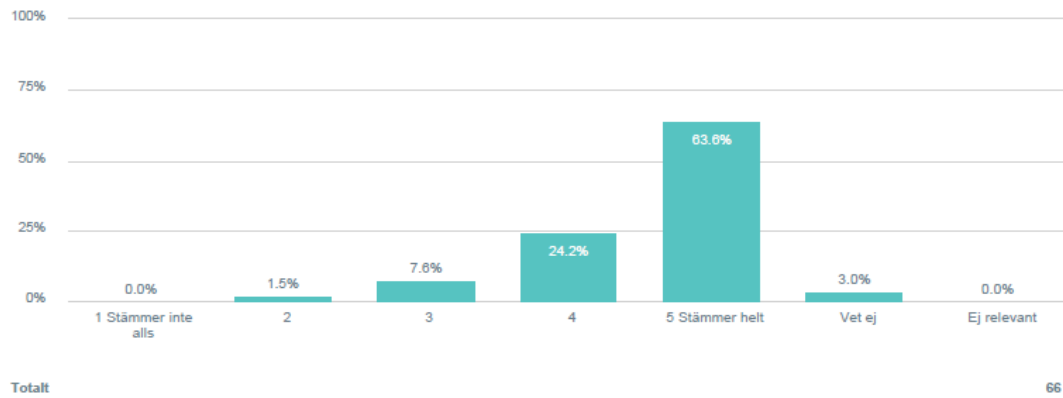
Det finns ett upprättat och utarbetat system för hantering av avvikelser



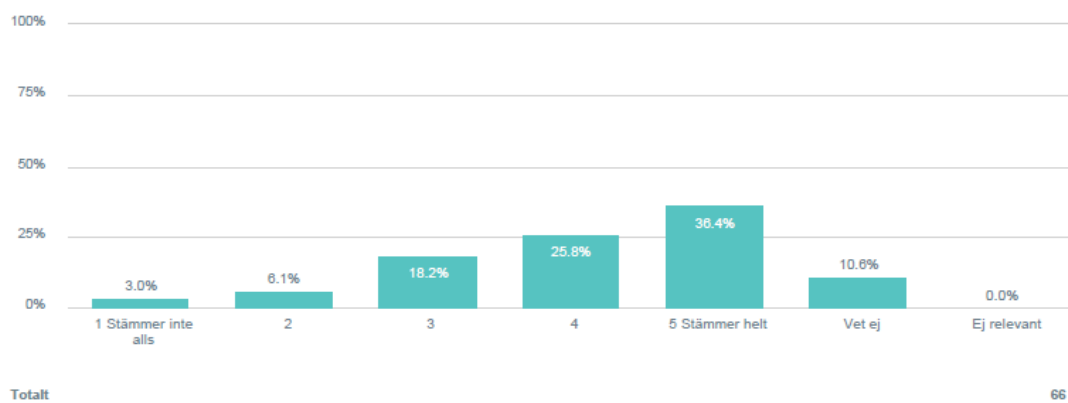
Det finns ett upprättat system för rapportering av synpunkter och klagomål



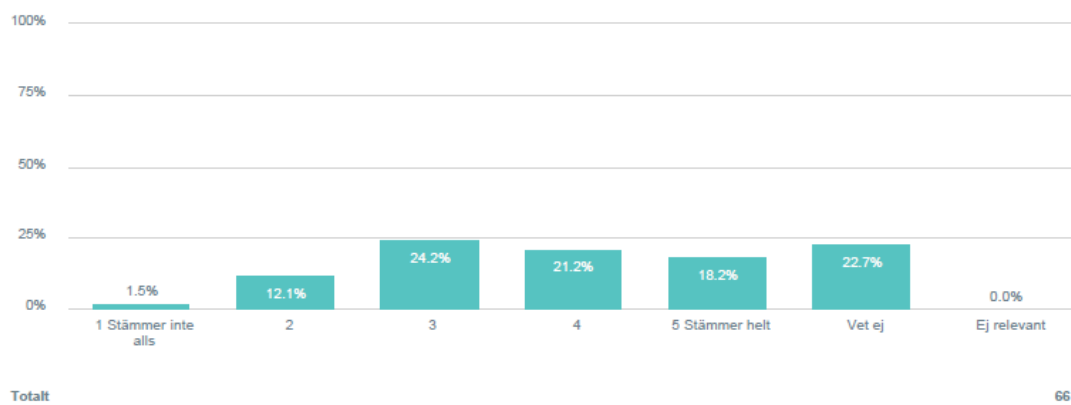
Det finns ett upprättat system för rapportering och utredning av händelser



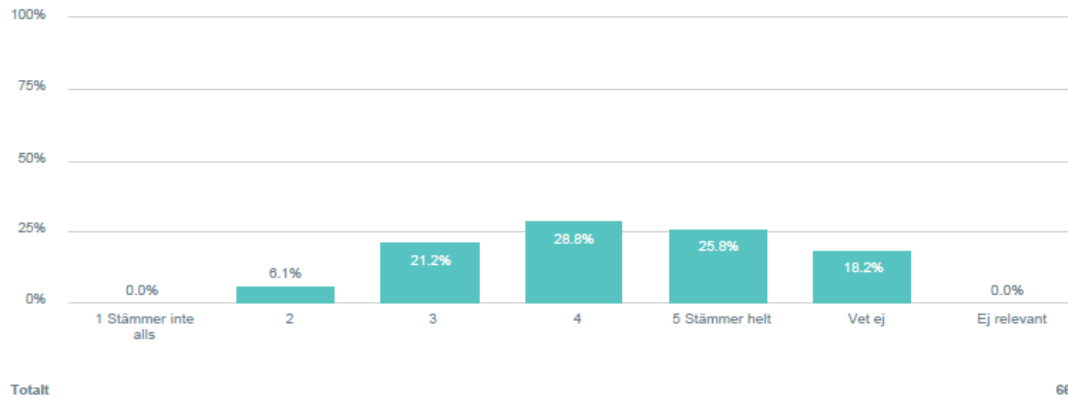
Klagomål, synpunkter och inkomna rapporter sammanställs systematiskt



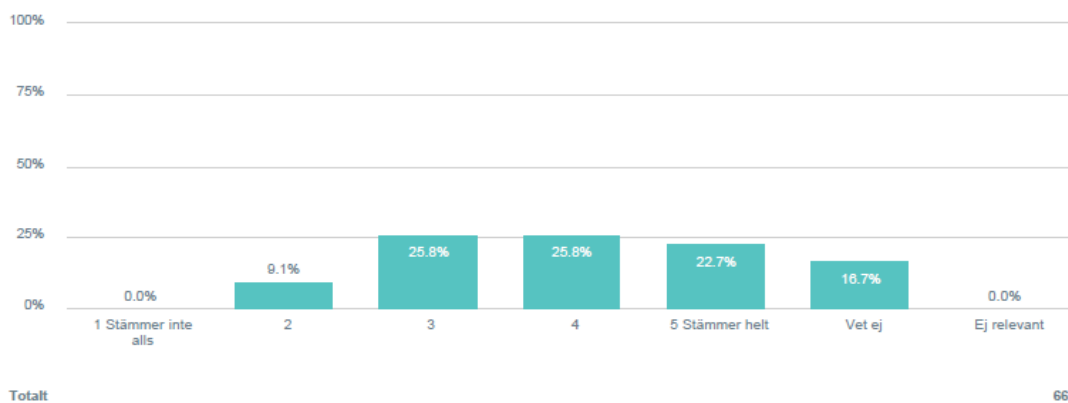
Klagomål, synpunkter och inkomna rapporter analyseras systematiskt för att upptäcka mönster och trender



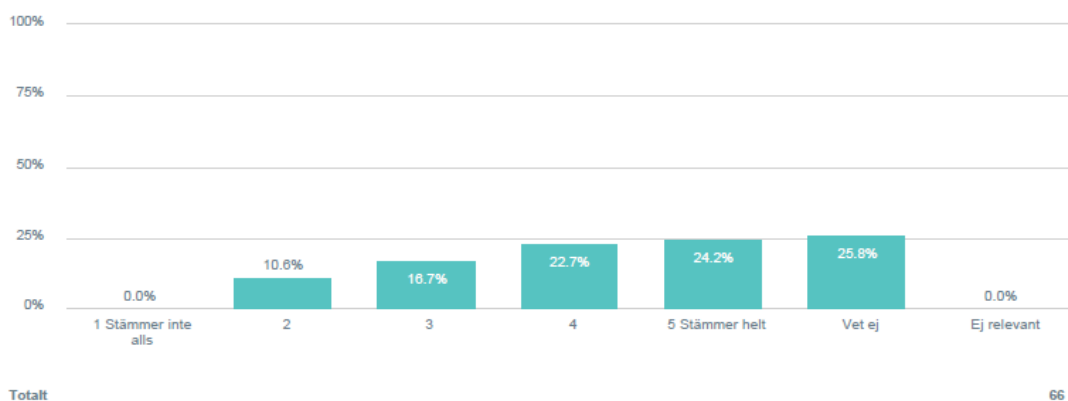
Sammanställningar på klagomål, synpunkter och inkomna rapporter kopplas till åtgärder i verksamheten



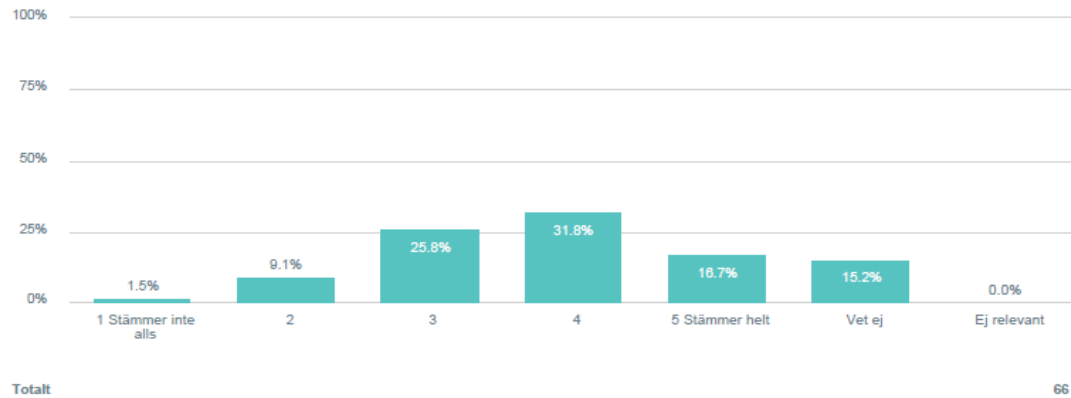
Sammanställningar på klagomål, synpunkter och inkomna rapporter kopplas till åtgärder av processer och rutiner



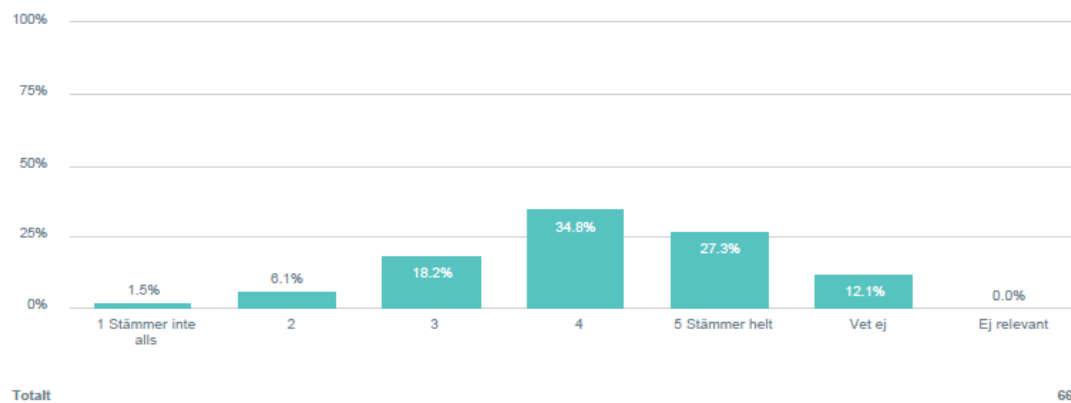
Personalens medverkan i den systematiska sammanställningen av klagomål, synpunkter och inkomna rapporter och dess kopplingar till åtgärder är tydliggjord



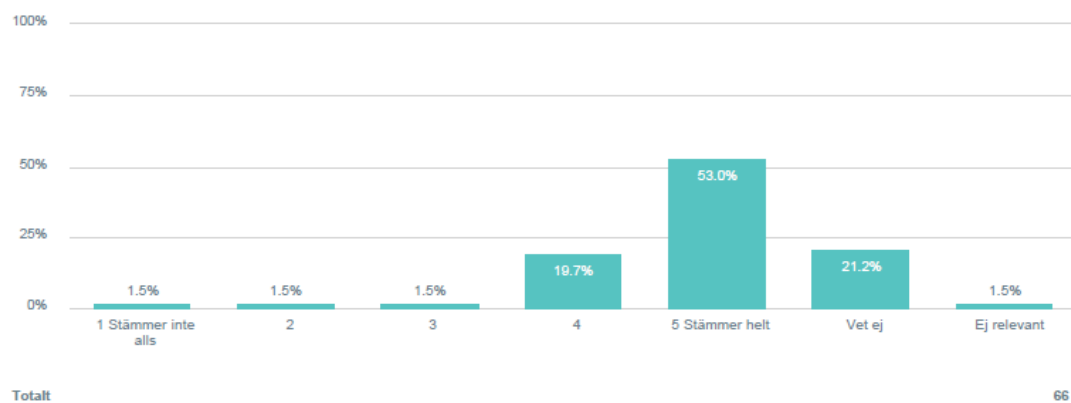
Arbetet med att säkra kvaliteten dokumenteras



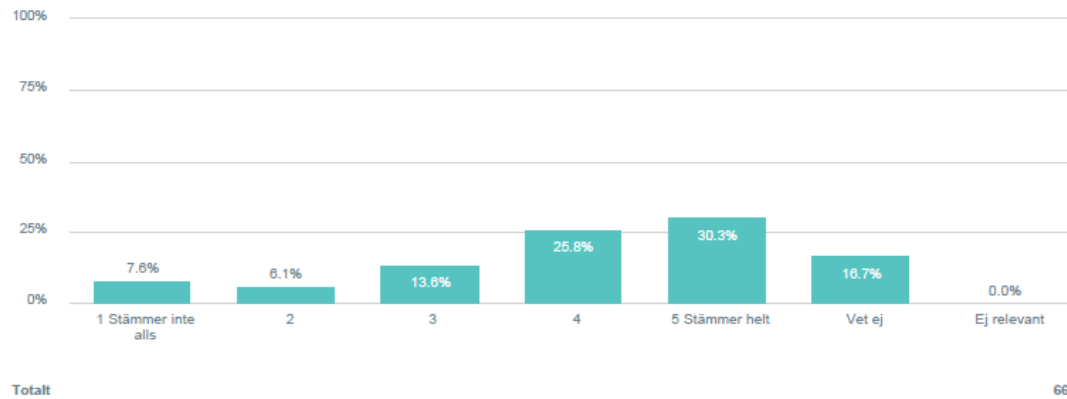
Riktlinjer för hur dokumentationsskyldigheten hanteras finns etablerade och förankrade hos personalen



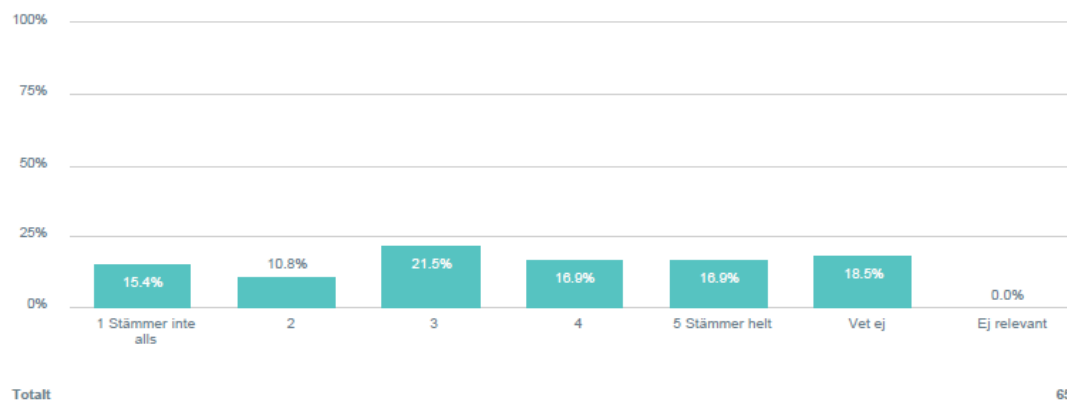
Patientsäkerhetsberättelser tas systematiskt fram enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659)



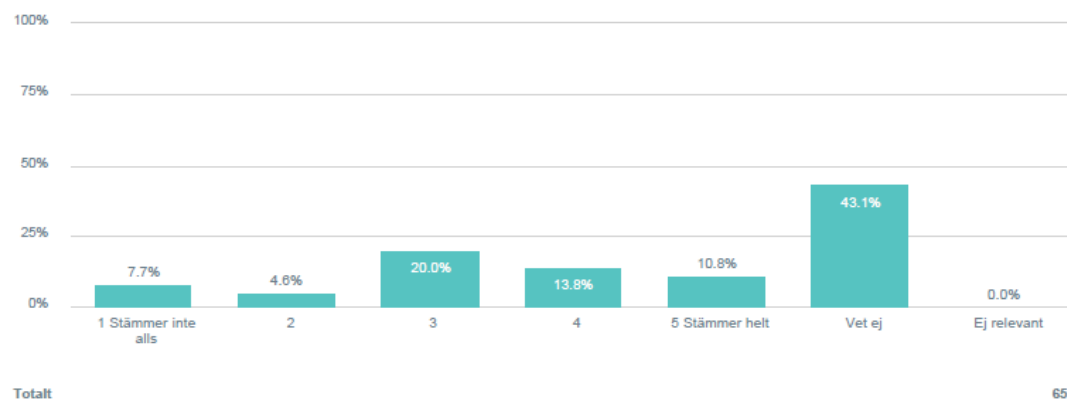
Det finns för regionen och verksamheten ett antaget ledningssystem



Ledningssystemet är implementerat och känt i organisationen



Det finns etablerade och förankrade rutiner för att uppdatera och levandehålla ledningssystemet



6.4. Bilaga 4 – Förteckning över vilka funktioner som mottagarna av enkäten har.

Tabell 5 Förteckning över vilka funktioner som mottagarna av enkäten har.

Funktion	Antal mottagare
Avdelnings- och enhetschefer	13
Chefläkare och medicinsk rådgivare	4
Controller	9
Fackförbund	4
Förvaltningschefer och biträdande förvaltningschefer	10
Politiskt förtroendevalda	10
Verksamhetschefer och biträdande verksamhetschefer	47
Överläkare	12
Övriga	26