

TILL REGIONFULLMÄKTIGE

Granskning av strokesjukvården

Region Kronobergs revisorer har låtit genomföra en granskning av strokesjukvården i Region Kronoberg. Granskningen har utförts av konsulter från Helseplan Consulting Group AB och utgått från syfte och revisionsfrågor som revisorerna har fastställt.

Granskningens syfte och övergripande revisionsfråga

Syftet med granskning är att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer en ändamålsenlig strokesjukvård.

Granskningen syftar även till att kontrollera om Regionstyrelsen utifrån tidigare noterade brister vidtagit åtgärder inom ramen för de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporten 2016.

Sammanfattande bedömning

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden **delvis** har säkerställt en ändamålsenlig strokesjukvård i Region Kronoberg.

I granskningen framgår även följande

I granskningen framgår även följande:

- Region Kronoberg **har liknande eller något sämre resultat än riket** avseende majoriteten av kvalitetsindikatorerna och det föreligger även **inom regionala skillnader** avseende bland annat tid till behandling.
- Det finns förutsättningar för en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram.
- Det finns samverkansforum mellan kommun och region och riktlinjerna för strokesjukvården är kända på verksamhetsnivå. Däremot finns behov av att tillse att revideringar i riktlinjer och vårdprogram når samtliga medarbetare i linjen.
- Nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp följs i hög grad, men bristande registrering i Riksstroke och bemanningsproblem bedöms till viss del ha påverkat statistiken för några av kvalitetsindikatorerna.
- Del 1 av det standardiserade vårdförloppet har nyligen implementerats helt och del 2 genomgår kartläggningsfasen. Implementeringen av del 2 av vårdförloppet har försenats till följd av tid- och resursbrist och det finns behov av att se över och utveckla den övergripandestyrningen kring implementeringsprocessen.

- Insatser pågår kring avvikelsearbetet, då det förekommer fler avvikelser kring stroke jämfört med andra diagnoser.
- Bedömningen görs att åtgärder **delvis** har vidtagits utifrån de brister samt de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporten 2016.

Granskningen har identifierat följande förbättringsområden

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att:

- Säkerställa god kännedom av revideringar av riktlinjer på alla nivåer i verksamheten.
- Kravställa en ändamålsenlig uppföljning av inrapporterade avvikelser i syfte att skapa förutsättningar för systematiska förbättringar.
- Tillse regelbunden registrering i Riksstroke, särskilt för Lasarettet Ljungby.
- Säkerställa att standardiserade vårdförlopp implementeras enligt beslutade processer och utvärdera om införandeprocesserna behöver förbättras.
- Skapa förutsättningar för att samtliga verksamheter som arbetar med stroke inom den gemensamma medicinkliniken kan tillhandahålla vård av hög kvalitet.

Svar samt avstämning av planerade åtgärder önskas från Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen önskar revisorerna ett samlat svar från Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden med uppgift om tidsplan för eventuella planerade åtgärder samt redovisning av hittills vidtagna åtgärder som tillvaratar de förbättringsmöjligheter som föreslagits.

För varje rekommendation som förslagits ska följande framgå:

- Hittills vidtagna åtgärder
- Eventuella planerade åtgärder
- Tidplan för eventuella planerade åtgärder
- Eventuella andra synpunkter

Revisorerna kommer i ett senare skede vilja ha en avstämning från styrelsen och nämnden på hur arbetet har fortskridit avseende planerade åtgärder.

Ulf Engqvist
Ordförande

Ingrid Hugosson
Vice ordförande

Bilaga: Granskningsrapport från Helseplan Consulting AB

Granskning av strokesjukvården i Region Kronoberg

Helseplan Consulting Group

November 2023

Ulrike Deppert

Kristian Borg

Louise Wendt

Innehåll

1. Sammanfattning och slutlig bedömning	3
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund	4
2.2. Syfte	6
2.3. Revisionsfrågor	6
2.4. Revisionskriterier	7
2.5. Avgränsningar	7
2.6. Metod	7
2.7. Projektets organisation	8
3. Iakttagelser, bedömning och rekommendation	9
3.1. Ledning och styrning	9
3.2. Nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp	12
3.3. Uppföljning och analys av resultat	19
4. Uppföljning av rekommendationer 2016	23
4.1. Uppföljning av tidigare granskning	23
5. Övergripande bedömning	26
6. Bilagor	29
Bilaga 1 – Förteckning över granskade dokument	29
Bilaga 2 – Förteckning över intervjupersoner	30



Korrigerbar signatur

X

Ulrike Deppert

Ulrike Deppert

Projektledare

Signerat av: 4a83dc0d-14a6-4001-adbb-d0211d97188f

1. Sammanfattning och slutlig bedömning

Revisorerna i Region Kronoberg har uppdragit åt Helseplan Consulting Group AB (Helseplan) att genomföra en granskning strokesjukvården. Granskningens revisionsfrågor har besvarats genom dokumentgranskning, 15 semistrukturerade intervjuer samt granskning av ett urval av kvalitetsindikatorer för strokesjukvården. Granskningen har genomförts under perioden juli till november 2023.

Den samlade bedömningen är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis har säkerställt en ändamålsenlig strokesjukvård i Region Kronoberg. Rekommendationerna som lämnades i den tidigare granskningen från 2016 har till viss del beaktats.

Helseplan bedömer att det finns förutsättningar för en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram. Det finns samverkansforum mellan kommun och region och riktlinjerna för strokesjukvården är kända på verksamhetsnivå. Däremot finns behov av att tillse att revideringar i riktlinjer och vårdprogram når samtliga medarbetare i linjen. Nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp följs i hög grad, men bristande registrering i Riksstroke och bemanningsproblem bedöms till viss del ha påverkat statistiken för några av kvalitetsindikatorerna. Del 1 av det standardiserade vårdförloppet har nyligen implementerats helt och del 2 genomgår kartläggningsfasen. Implementeringen av del 2 av vårdförloppet har försenats till följd av tid- och resursbrist och det finns behov av att se över och utveckla den övergripandestyrningen kring implementeringsprocessen. Region Kronoberg har liknande eller något sämre resultat än riket avseende majoriteten av kvalitetsindikatorerna och det föreligger även inomregionala skillnader avseende bland annat tid till behandling. Vidare finns en strukturerad uppföljning av såväl kvalitetsindikatorer som patientupplevelser av vården på flera nivåer i organisationen. Insatser pågår kring avvikelsearbetet, då det förekommer fler avvikelser kring stroke jämfört med andra diagnoser på medicinkliniken.

Helseplan rekommenderar Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden att

- Säkerställa god kännedom av revideringar av riktlinjer på alla nivåer i verksamheten.
- Kravställa en ändamålsenlig uppföljning av inrapporterade avvikelser i syfte att skapa förutsättningar för systematiska förbättringar.
- Tillse regelbunden registrering i Riksstroke, särskilt för Lasarettet Ljungby.
- Säkerställa att standardiserade vårdförlopp implementeras enligt beslutade processer och utvärdera om införandeprocesserna behöver förbättras.
- Skapa förutsättningar för att samtliga verksamheter som arbetar med stroke inom den gemensamma medicinkliniken kan tillhandahålla vård av hög kvalitet.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Stroke är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige och varje år insjuknar cirka 25 000-30 000 personer.¹ Risken att drabbas av stroke har halverats på 20 år. Det har skett framsteg avseende förebyggande åtgärder samt behandling inklusive rehabilitering.² Patienter som vårdas efter stroke är den patientgrupp som har längst vårdtider i Sverige.³ Strokevården är ojämlig nationellt.⁴ En högre andel lågutbildade som drabbas av stroke dör jämfört med högutbildade. Män drabbas i högre grad av stroke än kvinnor.⁵

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer⁶ för vård vid stroke, vilka innefattar primärprevention, insatser i det akuta skedet, diagnostik, akut behandling och omhändertagande, rehabilitering i tidig och sen fas samt uppföljning och sekundärprevention. Risken för bestående skador på hjärnan ökar snabbt mellan insjuknandet och fram till start av behandling, vilket medför att ett korrekt omhändertagande i det akuta skedet är avgörande för utfallet. Detta kräver personal med specifik kompetens inom området stroke, uppdaterade rutiner eller vårdprogram samt specialistkonsultberedskap via exempelvis strokebakjourer. Därutöver beskrivs i riktlinjerna att den akuta behandlingen och omhändertagandet av patienter med stroke bör ske på en strokeenhet, då detta har visat minska dödligheten och funktionsnedsättningarna vid stroke. Även för patienter med TIA⁷ finns fördelar av omhändertagande på strokeenhet i form av minskad risk för insjuknande i stroke.

Det finns två personcentrerade standardiserade vårdförlopp⁸ för stroke och TIA, vilka utgör praktisk tillämpning av Socialstyrelsens riktlinjer och syftar till att skapa en god och jämlik vård. Det första vårdförloppet beskriver behandling av den initiala och akuta fasen medan det andra omfattar rehabilitering och uppföljning.

¹ Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid stroke, sidan 7

² [Diskussionen om vårdplatser måste utgå ifrån fakta | Väntetider i vården | SKR](#) (Hämtad 2023-04-28)

³ [Diskussionen om vårdplatser måste utgå ifrån fakta | Väntetider i vården | SKR](#) (Hämtad 2023-04-28)

⁴ Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid stroke, sidan 7

⁵ [Sex fakta om vården | SKR](#) (Hämtad 2023-04-28)

⁶ Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid stroke

⁷ Transitorisk ischemisk attack - övergående syrebrist i hjärnan, vilket vanligen beror på en liten propp som löses upp. Vid en TIA går alla besvär över inom 24 timmar. Efter en TIA finns förhöjd risk för ytterligare en TIA eller stroke om inte den bakomliggande orsaken behandlas.

⁸ [Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#) och [Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

Landstingsstyrelsen beslutade 2013-04-09 att utveckla och införa ett organisatoriskt vårdprogram för strokesjukvården i Kronoberg, som även inkluderar de kommunala aktörerna.⁹ Vårdprogrammet avser att integrera de befintliga medicinska riktlinjer som finns inom olika delar av sjukvården, säkerställa ett personcentrerat och standardiserat vårdförlopp vid stroke respektive TIA samt tydliggöra de olika aktörernas ansvarsområden.¹⁰ I strokeprocessens uppdrag ingår även att formulera detaljerade process- och resultatindikatorer för strokesjukvården och följa upp detta.¹¹

Riksstroke är ett av de nationella kvalitetsregistren för stroke där samtliga landets sjukhus som vårdar akut stroke deltar. I årsrapporten 2021 framgår att en låg andel av de vårdtillfällen för de patienter som får en TIA har registrerats av Region Kronoberg. När det gäller stroke på sjukhusnivå är andelen registrerade vårdtillfällen högre men målnivåerna uppnås inte.¹²

Strokevården har följts under längre period av revisorerna och har även tidigare granskats. Senast genomfördes en uppföljande granskning av vårdkedjan stroke som avrapporterades 2016 och granskningen gav följande rekommendationer:

- Tydliggör uppdraget för strokeprocessen och säkerställ att alla aktörer (inklusive länets kommuner) finns med i utvecklingen av strokesjukvården. I granskningen ansågs det viktigt att utvecklingsarbetet kompletteras med delmål och tidplan för att möjliggöra uppföljning och kontroll av det fortsatta arbetet.
- Säkerställ att alla patienter kommer direkt till en strokeenhet och skapa förutsättningar så att i stort sett alla patienter som insjuknar i stroke ges vård på en strokeenhet.
- Säkerställ att alla patienter som insjuknat i stroke omfattas av en uppföljning i öppenvård.
- Det saknas tydlig styrning och kontrollerad process vad gäller rehabilitering. Rekommendationen var att en översyn genomförs av rehabiliteringsprocessen som leder till ett säkerställande av att alla patienter i behov av adekvat rehabilitering ges en sådan. Översynen bör omfatta allmän och specialiserad rehabilitering och inbegripa länets kommuner.

⁹ Region Kronobergs dokument - Organisatoriskt vårdprogram för strokesjukvård, sidan 1

¹⁰ Region Kronobergs dokument - Organisatoriskt vårdprogram för strokesjukvård, sidan 2

¹¹ Region Kronobergs dokument - Organisatoriskt vårdprogram för strokesjukvård, sidan 2

¹² Årsrapport 2021 från Riksstroke, sidan 73–74: Täckningsgraden för 2021 var 62 % för Lasarettet Ljungby och 83 % för Centrallasarettet Växjö. Målnivåer Måttlig: 85 %, Hög 92 %. Snitt på riket 87 %.

2.2. Syfte

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Regionstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställer en ändamålsenlig strokesjukvård i Region Kronoberg.

Granskningen syftar även till att kontrollera om Regionstyrelsen utifrån tidigare noterade brister vidtagit åtgärder inom ramen för de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporten 2016.

2.3. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt en ändamålsenlig strokesjukvård i Region Kronoberg?" besvaras med hjälp av följande delfrågor:

- Finns det en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram?
 - Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?
- Finns det en fungerande avvikelsehantering med uppföljning när vårdprogrammet inte fungerar på avsett sätt?
- Finns det följsamhet till de nationella riktlinjerna vad gäller strokevården?
- Finns det följsamhet till de personcentrerade standardiserade vårdförloppen för stroke och TIA?
 - Hur ser nuläge ut för införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA?
 - Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?
- Genomförs en strukturerad uppföljning (kvalitetsindikatorer) i enlighet med nationella riktlinjer?
 - Hur ser resultatet ut för Region Kronoberg i jämförelse med riket?
 - Analyseras resultatet av kvalitetsindikatorerna och åtgärder genomförs utifrån eventuella analyser?
 - Finns inomregionala skillnader gällande resultatet av kvalitetsindikatorerna och vilka åtgärder vidtas för att säkerställa en jämlik strokesjukvård i Region Kronoberg?
 - Vilka system finns för att samla in och analysera patientupplevelser av strokesjukvården? Hur används patientupplevelser för att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder?
- Har Regionstyrelsen tillsett att åtgärder vidtagits med anledning av de brister samt de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporterna 2016?

2.4. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har utgjort grunden för revisionens analyser och bedömningar:

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Kommunallag (2017:725)
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)
- Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen (2020)
- Organisatoriskt vårdprogram Stroke i Kronoberg (2019)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA¹³
- Region Kronobergs övriga riktlinjer och rutiner på området

2.5. Avgränsningar

Granskningen avser Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Granskningen avgränsas till att främst omfatta regionens specialistvård inom akutsjukvården. Viss uppföljning av uppföljande granskning av vårdkedjan stroke från 2016 ska också ingå men då det är länge sedan granskningen genomfördes sker uppföljningen mer översiktligt.

2.6. Metod

Granskningsarbetet har genomförts med stöd av nedanstående metoder.

2.6.1. Dokumentstudier

Dokumentgranskningen har, förutom de styrande dokumenten och lagarna listade under 2.4 *Revisionskriterier*, även inkluderat bland annat medicinklinikens årsrapporter och delårsrapporter samt lokala rutiner och riktlinjer för stroke. Se *Bilaga 1* för fullständig dokumentlista.

¹³ [Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#) och [Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

2.6.2. Intervjuer

Intervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt har 15 semistrukturerade intervjuer genomförts. Intervjuade innefattar förtroendevalda i Hälso- och sjukvårdsnämnden, regiondirektör samt sjukhuschef. Därutöver har intervjuer genomförts med chefläkare, verksamhetschefer, avdelningschefer, representant från processgruppen samt representanter för länsföreningen för stroke i Kronoberg. En fullständig förteckning över intervjuade funktioner finns i *Bilaga 2*. Rapporten har, utöver av de intervjuade, sakgranskats av hälso- och sjukvårdsdirektören samt ordförande och 2:a vice ordförande i Regionstyrelsen.

2.6.3. Statistik

Ett urval av kvalitetsindikatorer för stroke och TIA har granskats. Urvalet har gjort tillsammans med en representant från processgruppen för stroke. Flera av de utvalda indikatorerna motsvarar de som analyserades vid granskningen 2016, vilket bidrar till kontinuitet genom åskådliggörande av indikatorernas värden över tid. Samtliga statistiska data har inhämtats från Vården i siffror, Riksstroke årsrapport eller från Socialstyrelsen.

2.7. Projektets organisation

Uppdragsgivare har varit Region Kronobergs revisorer med Gunilla Jerklind Platzer som kontaktperson. Från Helseplan har Ulrike Deppert varit projektledare. Louise Wendt har varit konsult och Kristian Borg expert. Pär Ahlborg har varit kvalitets- och faktagranskare. Granskningen genomfördes under perioden juli till november 2023.

3. Iakttagelser, bedömning och rekommendation

3.1. Ledning och styrning

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram?" med underfrågorna "Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?" och "Finns det en fungerande avvikelshantering med uppföljning när vårdprogrammet inte fungerar på avsett sätt?".

3.1.1. Styrning, uppföljning och intern kontroll

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen*¹⁴ ska hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av en eller flera nämnder. I *kommunallagen*¹⁵ beskrivs att nämnderna ansvarar för att verksamheten inom deras respektive område har en tillräcklig intern kontroll och bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. *Hälso- och sjukvårdslagen* beskriver att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.¹⁶ Enligt Hälso- och sjukvårdsnämndens *delegationsordning* får ärenden som "avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet"¹⁷ enligt 6 kapitlet 38 § inte delegeras utan ansvaret ligger hos nämnden.

I *Budget 2023 och plan 2023-2025* för Region Kronoberg framgår att Regionen ska erbjuda jämlik hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Vården ska även vara personcentrerad, vilket förutsätter ett "nära samarbete mellan primärvård, sjukhusvård, ambulansvård och kommunal hälso- och sjukvård"¹⁸.

Region Kronoberg har en struktur för samarbete mellan hälso- och sjukvården och kommunernas socialchefer inom arbete, välfärd och omsorg samt kommunernas skolchefer som kallas "regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)". Gruppen kallas för "Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst" och består av bland annat Regionens hälso-och sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdeschef sjukhusvård, verksamhetsområdeschef psykiatri, primärvård och rehabilitering, programchef för nära vård samt socialcheferna för länets kommuner. Under 2022 genomfördes en förändring av det länsgemensamma arbetet; tvärgrupperna som tidigare delades in i ålderskategorierna Barn, Vuxna och Äldre gjordes om till processgrupper som arbetar mer fokuserat med prioriterade behovsgrupper, oavsett ålderskategori. Några exempel är *Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* och *Patientkontrakt*. Noterbart är att det inte finns någon överenskommelse som specifikt berör samverkan inom rehabiliteringsområdet. I Region Kronoberg finns även "Kommunalt forum" där presidierna från Hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunernas socialnämnder (eller motsvarande) träffas ungefär fyra gånger per år. Forumet syftar till att möjliggöra diskussion kring och beslutsfattande i länsgemensamma samverkansfrågor.

I *Närmare Kronobergaren - Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027* framgår att andelen invånare med kroniska sjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdom (där stroke och TIA ingår), ökar med stigande medellivslängd och bättre behandlingsmetoder. Vidare beskrivs att det behövs en tydlig struktur för kunskapsstyrning då det finns en "alltför stor variation i hur

¹⁴ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 7 kapitlet 1 §

¹⁵ Kommunallag (2017:725) 6 kapitlet 6 §

¹⁶ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kapitlet 4 §

¹⁷ Delegationsordning med vidaredelegering för hälso-och sjukvårdsnämnden 2023-2026, sida 1

¹⁸ Budget 2023 och plan 2023-2025, sida 6

bästa kunskap tillämpas”¹⁹ inom vården. Strukturen bör möjliggöra tillgång till ”nationellt och professionsspecifikt kunskapsstöd, stöd till uppföljning och resultat samt för verksamhetsutveckling och ledarskap”²⁰. Vidare beskrivs att regionen ska säkra kontinuitet i vårdprocesser genom god samordning mellan professioner och rådgivare samt ett processorienterat arbetssätt. Därutöver har regionen som ambition att ”vara en aktiv part i den nationella och professionsspecifika utvecklingen av kunskaps- och beslutsstöd”²¹ och i *strategin* beskrivs även att diagnos- och behandlingsrekommendationer ska vara uppdaterade och lättillgängliga.

Enligt *Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden (2021, 2022 respektive 2023)* har Regionen som mål att ha en tydlig kvalitetsstyrning som baseras på bästa tillgängliga kunskap och utgår från invånarnas behov utifrån givna resurser. Vidare betonas betydelsen av ett nära samarbete mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården på såväl regional som kommunal nivå, i syfte att bättre möta patientens vårdbehov.

I Region Kronoberg finns även Medicinska kommittén, som enligt dokumentet *Uppdrag Medicinsk kommitté – Läkemedelskommitté* från 2020 har i uppdrag att överblicka den samlade sakkunskapen i Regionen och medverka i beslut om kunskapsfrågor. Syftet med arbetet är att ”stödja hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete för en kunskapsbaserad och jämlik vård”²². I uppdraget ingår bland annat att föreslå kvalitetsindikatorer inom respektive ämnesområde som börjar användas för uppföljning i Regionen, bistå med kunskap i arbetet med att kartlägga och utveckla vårdprocesser samt bevaka förändringar i/helt nya kunskapsöversikter, riktlinjer och vårdprogram samt vad dessa innebär för Region Kronoberg.

Majoriteten av de intervjuade har tillit till att strokeprocessen säkerställer en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll som bidrar till att vården bedrivs i enlighet med regionens beslutade vårdprogram. Intervjuade beskriver att processledare och processägare har nyckelroller i arbetet, men också att det i praktiken ligger ett stort ansvar på linjecheferna och att det därför är avgörande det finns personer i verksamheterna som är engagerade i dessa frågor. Några intervjuade upplever att styrning, uppföljning och intern kontroll i viss mån försvåras av flera beslutsnivåer och att det, utöver två sjukhus, är flera andra aktörer inblandade i vården av strokepatienter. Intervjuade uppger att riktlinjerna för stroke och TIA är kända hos de medarbetare som dagligen arbetar med strokepatienter. Några intervjuade upplever att det behövs en översyn kring medicinska riktlinjer och rutiner avseende nödvändig revidering. Flera

¹⁹ Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027, sida 5

²⁰ Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027, sida 5

²¹ Närmare Kronobergaren – Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027, sida 17

²² Uppdrag Medicinsk kommitté – Läkemedelskommitté, sida 2

intervjuade berättar att det finns utmaningar med att tillse att alla medarbetare vet var någonstans på intranätet de aktuella riktlinjerna finns.

3.1.2. Avvikelsehantering

Hälso- och sjukvårdsnämnden utarbetar årligen en interkontrollplan som ligger till grund för nämndens verksamhetsplan. I planen ingår en riskanalys som baseras på bland annat avvikelser. I *Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023* beskrivs att resultatet av den samlade uppföljningen/mätetal, internkontroll och synpunkter (avvikelser) ska analyseras och tas tillvara i förbättringsarbeten.

Avvikelser rapporteras in i avvikelssystemet Synergi. Majoriteten av de intervjuade uppger att avvikelser inte sorteras efter diagnos och än mindre enligt specifika vårdförlopp. Vidare uppger flera intervjuade att frekvensen med vilka avvikelser inrapporteras skulle kunna förbättras och påtalar att det är svårt att veta om inrapporteringen är likvärdig och enhetlig. De inrapporterade avvikelserna hanteras huvudsakligen av ansvarig avdelningschef. Vid misstanke om vårdskada eller avvikelse av allvarigare karaktär sker hanteringen av verksamhetschef och/eller chefläkare, som deltar i händelseanalys och internutredning. Intervjuade uppger att inrapporteringen av problem i strokeprocessen är god, även om det hos vissa medarbetare finns ett motstånd mot/svårigheter kring att skriva avvikelser. I intervjuer framkommer att det inkommer fler avvikelser och lex Maria-ärenden avseende stroke jämfört med andra diagnoser på medicinkliniken. Orsaken till detta har inte kunnat fastställas, men intervjuade bedömer att det kan bero på att symptom bilden vid stroke kan variera mycket och att det av den anledningen blir fel i den primära bedömningen. I intervjuer framgår även att avvikelser gällande strokepatienter oftast handlar om utebliven/försenad diagnos eller att tiden till behandling (både avseende trombolys och rehabilitering) fördröjs på ett eller annat sätt. Det finns ett pågående arbete för att minska antalet avvikelser kring stroke.

Flera intervjuade nämner att det finns ett pågående arbete med att säkerställa att patienter som insjuknar i stroke under pågående sjukhusvistelse (cirka 10 patienter per år) får god vård. För patienter som kommer via akuten finns en väl upparbetad och effektiv larmkedja ("Rädda hjärnan") som säkerställer att patienten skyndsamt undersöks och genomgår röntgen för att säkerställa snabbt insatt behandling med trombolys. De patienter som insjuknar på avdelning hamnar inte i larmkedjan på ett naturligt sätt, vilket medför att tiden till diagnos och behandling förlängs.

3.1.3. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram. Regionen har en struktur för samarbete mellan hälso- och sjukvården och kommunerna. Därutöver finns medicinska kommittén, som har i uppdrag att överblicka den

samlade sakkunskapen i Regionen och medverka i beslut om kunskapsfrågor. Avseende uppföljning hänvisas till 3.3.4 *Bedömning och rekommendation*.

Helseplan bedömer att riktlinjerna är kända på verksamhetsnivå utifrån den information som har inhämtats inom ramen för granskningen. I samband med att riktlinjerna revideras finns behov av att säkerställa att förändringarna når berörda medarbetare i verksamheten.

Helseplan bedömer att det delvis finns en fungerande avvikelshantering med uppföljning när vårdprogrammet inte fungerar på avsett sätt. Hanteringen av inrapporterade avvikelser är välfungerande. Däremot kan uppföljningen av de inrapporterade avvikelserna förbättras med tanke på ett stort antal inrapporterade avvikelser för stroke jämfört med andra diagnoser på medicinkliniken. Noterbart i sammanhanget är att det finns ett pågående arbete för att minska antalet avvikelser.

Helseplan rekommenderar Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden att

- Säkerställa god kännedom av revideringar av riktlinjer på alla nivåer i verksamheten.
- Kravställa en ändamålsenlig uppföljning av inrapporterade avvikelser i syfte att skapa förutsättningar för systematiska förbättringar.

3.2. Nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågorna "Har regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns följsamhet till de nationella riktlinjerna vad gäller strokevården?" och "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns följsamhet till de personcentrerade standardiserade vårdförloppen för stroke och TIA?" med underfrågorna "Hur ser nuläge ut för införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA?" och "Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?".

3.2.1. Organisation och arbetssätt kring standardiserade vårdförlopp

De övergripande målen med processen för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att "arbeta för en jämlik, effektiv och personcentrerad vård som bedrivs i enlighet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen"²³. Enligt *Uppdragsbeskrivning*

²³ Uppdragsbeskrivning processägare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2023, sida 1

processägare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp från 2023 utser regionledningen för varje process en processägare, som har det strategiska ansvaret för processen och är chef för verksamhetsområde där vårdförloppet i huvudsak bedrivs. Processägaren ansvarar för att utse processledare och medicinskt sakkunnig samt för att tillsammans med processledaren planera uppdraget med utgångspunkt i mål, syfte och indikatorer från aktuellt vårdförlopp. Vidare ansvarar processägaren för att ge processledaren förutsättningar för att skapa ett multiprofessionellt team där representanter från patientföreningar eller motsvarande bör ingå. Därutöver ska processägaren ha en dialog med berörda linjechefer för att säkerställa att tid för såväl processledaren som övriga teammedlemmar avsätts i den utsträckning som krävs för att införa vårdförloppet. Efter att vårdförloppet har införts ansvarar processägaren för att utvärdera processen och löpande följa resultatet samt stödja införandet av vårdförloppet, vilket innefattar dialog med processledaren och skriftlig avrapportering till uppdragsgivaren.

I *Uppdragsbeskrivning processledare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* beskrivs att processledaren, i samråd med processägaren, ansvarar för att definiera, leda och utvärdera processen. Definieringen innefattar bland annat kartläggning av vårdförloppets nuläge och prioritering tillsammans med bland annat medicinskt sakkunnig och representant från berörd medicinsk grupp, ta beslut om införande samt ta fram lösningsförslag som möjliggör för en prioriteringsgrupp att fatta beslut i frågor som rör ekonomi eller personalresurser. Vidare ska processledaren leda arbetet med införandeprocessen samt säkerställa processägarens och vårdteamens kunskap om processen. Inom ramen för utvärdering av processen ingår att sammanställa, analysera och rapportera övergripande och vårdförloppsspecifika resultat.

Enligt *Uppdragsbeskrivning medicinskt sakkunnig personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* har medicinskt sakkunnig i uppdrag att i samband med kartläggning och utifrån vårdförloppet föreslå en prioritet för vårdförloppet lokalt samt avgöra vilka indikatorer kopplade till vårdförloppen som ska följas. Den medicinskt sakkunniga ska även stödja processledaren i införandet av vårdförloppet genom att bland annat vara delaktig i utbildningsinsatser kopplade till införandet.

Enligt intervjuade finns behov av att utveckla styrningen kring införandeprocessen avseende standardiserade vårdförlopp. Det är exempelvis inte fastställt hur länge processägaren och processledaren ska behålla sina respektive roller efter att implementeringen är genomförd. I intervjuer framkommer att införandeprocessen på förekommen anledning har omarbetats för att tydliggöra att även implementering och uppföljningen ingår i processen. På webbsidan *Guide för utveckling av patientprocesser* på vårdgivarwebben beskrivs tio nivåer i implementeringsarbetet, men det framgår inte på ett tydligt sätt på vilken nivå som processledarens uppdrag avslutas. I avsnitt 3.2.2 *Införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA* beskrivs utmaningar avseende att frigöra tillräckliga tidsresurser för införandeprocessen gällande stroke. För att minska detta problem och säkra resursbehovet både inom kunskapsstyrningen och i berörda verksamheter ska medlemmar från de medicinska grupperna i första hand delta i motsvarande arbete framöver.

3.2.2. Införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA

Nationellt kliniskt kunskapsstöd har utarbetat ett personcentrerat, tudelat vårdförlopp för stroke och TIA,^{24,25} vilket baseras på Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid stroke*. Del av vårdförloppet 1 inleds vid misstanke om stroke och avslutas inför utskrivning av patient från strokeenhet. Del 2 av vårdförloppet omfattar tiden efter vård på strokeenhet, det vill säga utskrivning, rehabilitering och uppföljning livet ut. Vårdförloppet finns inte representerat i regionens nuvarande vårdprogram eftersom både del 1 och 2 av vårdförloppet publicerades efter (2020 respektive 2022) den senaste revideringen av regionens vårdprogram (2019). Del 1 av vårdförloppet är nyligen, i och med den första kliniska DTp²⁶-undersökningen (beskrivs mer detaljerat längre fram i detta avsnitt) i oktober 2023, helt implementerat i regionen. Del 2 genomgår det tredje steget, *Kartläggning*, i Regionens införandeprocess av vårdförlopp, se

Tabell 1.

Tabell 1. Införandeprocessen av vårdförlopp²⁷.

Steg 1: Remissförfarande	Remissen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet kommer via SKR på en öppen remiss och svaras på i utefter en given rutin i Region Kronoberg. Synpunkter samlas in av bland andra medicinska grupper kopplade till Medicinska kommittén och Läkemedelskommittén.
Steg 2: Lokal fördelning	Efter att vårdförloppet är nationellt framläppt utses en processägare som i sin tur utser processledare och medicinskt sakkunnig som håller ihop det vidare arbetet.
Steg 3: Kartläggning	Kartläggning görs utifrån hur vårdförloppet är beskrivet och hur patientprocessen och arbetssätten är i Region Kronoberg, där eventuella gap identifieras.
Steg 4: Prioritering och beslut	Utifrån kartläggningsmallen har förbättrings-/förändringsområden identifierats. Hälso- och

²⁴ [Vårdförlopp stroke och TIA | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#) (Hämtad 2023-08-09)

²⁵ [Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#) och [Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)

²⁶ Datortomografi perfusion - En undersökningsteknik som är känsligare avseende att fastställa infarkter tidigt i förloppet

²⁷ [Vårdgivarwebben - Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp \(regionkronoberg.se\)](#) (Hämtad 2023-08-09)

	sjukvårdens ledningsgrupp tar beslut om införande av vårdförloppet, inklusive resurser, team och tidsplan.
Steg 5: Införande	Uppstart och konkretisering genom uppstartsmöte utifrån beslut om identifierade förbättrings-/förändrings områden.
Steg 6: Förvaltning och följa upp	Löpande dialogmöten efter given struktur förslagsvis två gånger/termin/vårdförlopp samt löpande arbete i teamet med stöd av uppföljnings- och stödresurser. I uppföljningen ska 1-3 centrala indikatorer väljas ut.

I intervjuer framkommer att ansvariga i processgruppen inte har givits förutsättningar, i form av tid, för att kunna hålla den ursprungliga tidplanen. Utöver tidsbrist har det funnits utmaningar i att hitta intervjupersoner för gapanalysen i Ljungby, vilket medför att kartläggningen huvudsakligen har genomförts i Växjö. När gapanalysen är färdigställd kommer den att skickas till ansvariga i Ljungby för förankring.

Enligt regionens vårdprogram *Organisatoriskt vårdprogram Stroke i Kronoberg* från 2019 kommuniceras processgruppens fortlöpande arbete på Regionens vårdgivarwebb. Däremot framgår i vårdprogrammet inga detaljer kring vilken information som ska publiceras och hur. Noterbart är att webbsidan²⁸ för patientprocesser, som hänvisas till i *vårdprogrammet*, uppdaterades senast i maj 2019. Giltighetstiden för regionens *vårdprogram* löpte ut 2023-08-16, men det används fortfarande i verksamheten. I revisionen *Granskning av Region Kronobergs ledningssystem* från 2021 framgår att handläggare och faktaägare påminns tre månader före ett dokumentets utgångsdatum. Det beskrivs också att dokument på vårdgivarwebben inte tas bort per automatik när giltighetstiden har passerat. Enligt intervjuade sker ingen uppdatering av *vårdprogrammet* förrän både del 1 och del 2 av vårdförloppet har implementerats i verksamheten. Detta eftersom information från vårdförloppen ska integreras i regionens framtida vårdprogram för stroke. Majoriteten av de intervjuade upplever att det generellt sett finns följsamhet till de nationella riktlinjerna men flera nämner att det finns vissa parametrar som kan förbättras. Vidare framkommer att de intervjuade har varierande kännedom om de standardiserade vårdförloppen; några vet inte huruvida vårdförloppen används eller inte, flera uppger att de används och några nämner att implementeringen av den andra delen av vårdförloppet fortfarande pågår.

²⁸ [Vårdgivarwebben - Patientprocesser \(regionkronoberg.se\)](https://varggivarwebben.se/Patientprocesser) (Hämtad 2023-08-09)

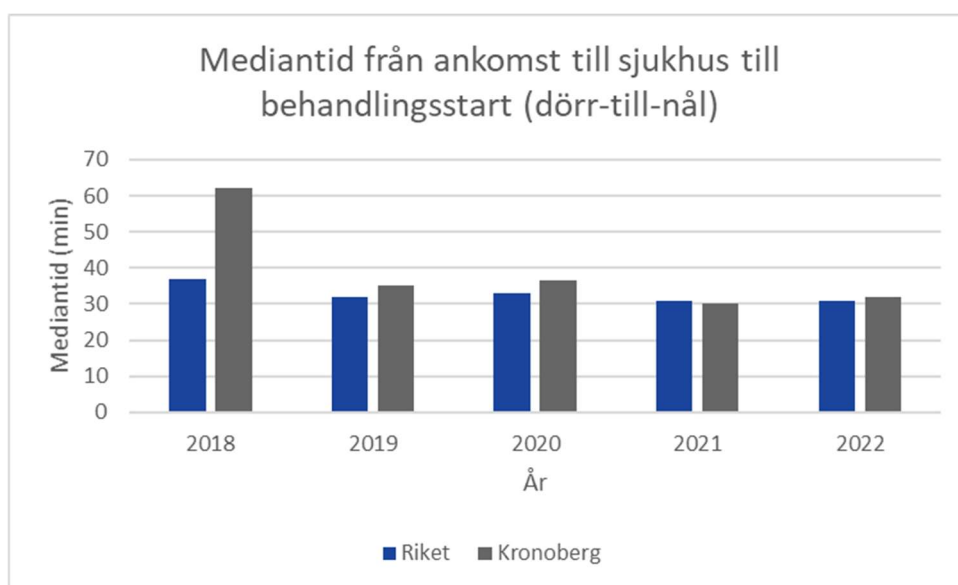
3.2.3. Följsamhet till nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp

I *Årsrapport Medicinkliniken* (2021 respektive 2022), som omfattar båda lasaretten, beskrivs tillgängligheten på vårdplatser som en konstant utmaning. I *Delårsrapporten Medicinkliniken 2023* framkommer att lasaretten har en snittbeläggning på över 100 procent. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* sammanfattas de ”organisatoriska förändringarna för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården”²⁹. Bland annat nämns rekommendationen/åtgärden *Vård på strokeenhet*, vilken ger ett ökat behov av vårdplatser på strokeenheter. Andelen patienter med stroke som vid akut insjuknande läggs in direkt på strokeenhet eller intensivvårdsavdelning (IVA) har förbättrats de senaste åren. År 2022 är andelen för Lasarettet Ljungby strax under 100 procent medan samma siffra för Centrallasarettet Växjö är strax under 70 procent, enligt *Vården i siffror*. Riksgenomsnittet för 2022 är strax över 80 procent. Täckningsgraden för andelen patienter med TIA som läggs in direkt på strokeenhet är låg i Regionen och ska därmed tolkas med försiktighet. Enligt *Vården i siffror* är den genomsnittliga andelen patienter med stroke som vårdas på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik någon gång under den akuta sjukdomsperioden strax över 90 procent under åren 2019-2022 för Regionen som helhet. Den höga andelen patienter vårdade på strokeenhet överensstämmer med intervjuvar som beskriver att medicinkliniken i Växjö har arbetat hårt för att kunna ha en ledig vårdplats på strokeenheten. Några intervjuade uppger att det inte är försvarbart att ha en ledig vårdplats i väntan på strokepatienter med tanke på den generella vårdplatsbristen i Regionen.

Enligt intervjuer finns det i praktiken bristande följsamhet till direktinläggning på strokeenheten, trots att det finns en dedikerad ledig vårdplats. Exempel på orsaker är annan samtidig diagnos som utgör anledning för vård på annan avdelning (till exempel vid samtidigt höftfraktur som behöver opereras) och felbedömningar (bedömning försvåras av en mycket varierande symptom-bild) vilket medför att patienter med stroke inte erhåller en strokediagnos i akutskedet. Därutöver kan felkodade diagnoser (traumatisk hjärnblödning kodas ibland som stroke) vara en bidragande orsak till statistiken. Medicinkliniken arbetar kontinuerligt med utbildningsinsatser för vårdpersonal för att öka kompetensen kring stroke. Enligt *Årsrapport Medicinkliniken Ljungby 2021* har en internutbildning inom strokevård genomförts på avdelning 2 och i *Årsrapport Medicinkliniken Ljungby 2022* beskrivs att avdelningen planerar för strokekompetensutbildning med start våren 2023. Vidare finns enligt *Årsrapport 2022 Medicinkliniken Växjö* planer på studiebesök på stroke-/trombektomienheten vid Skånes universitetssjukhus i Lund. I *Delårsrapport Medicinkliniken 2023* beskrivs att alla medarbetare som anställs på avdelning 4 i Växjö genomgår en 1-årig strokeutbildning.

²⁹ Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen, sida 46

Mediantiden från ankomst till sjukhus till behandlingsstart ("dörr-till-nål"-tid) är viktig indikator eftersom effekten av trombolysbehandlingen är större ju tidigare den ges. I *Rädda hjärnan – handlingsplan 2018* beskrivs att "dörr-till-nål"-tiden är för lång och att det finns möjlighet till förbättring i alla delar av kedjan. Enligt handlingsplanen kan processen kortas av såväl en förenklad beslutsprocess som logistiska faktorer, till exempel beskrivs att trombolysbehandling kan och bör påbörjas så snart röntgen har uteslutit en pågående blödning. I *handlingsplanen* presenteras åtta förslag till förändring av rutiner, bland annat införande av Datortomografi perfusion, DTp, att ersätta det rekommenderade trombolys-läkemedlet Actilyse med Metalyse samt införande av formaliserad "Rädda hjärnan"-kompetens för att tydliggöra vilken läkare som har ansvar för att patienten snabbt får behandling. Av de åtta förbättringsförslagen har sex genomförts och ett är inte längre aktuellt. Beslutet att använda Metalyse istället för Actilyse är ett medvetet avsteg från vårdförloppet som baseras på enklare handhavande och att det vid införandet redan fanns tillgängligt i ambulansen (då det även används vid hjärtinfarkt). Avseende formaliserad "Rädda hjärnan"-kompetens har pilotförsök genomförts, men något formellt kompetensbevis har inte införts. Sedan upprättandet av handlingsplanen har "dörr-till-nål"-tiden för Region Kronoberg halverats från 62 minuter (2018) till 32 minuter (2022), se *Figur 1*.



Figur 1. Mediantid från ankomst till sjukhus till behandlingsstart (dörr-till-nål) Källa: Riksstroke.

I ett pressmeddelande³⁰ från Region Kronoberg i september 2022 beskrivs att Regionen gör en anmälning enligt lex Maria³¹ efter en händelse där en patient sökt akut vård och inte fick en korrekt ställd strokediagnostisering förrän efter två dygn. Händelsen har utretts och det finns ett redan pågående projekt kring diagnostisk säkerhet. Tillgängligheten för MRT (magnetkamera)³² har förbättrats och det finns planer på att införa nya, säkrare metoder för strokediagnostik. I intervjuer framkommer att driftsättningen av DTp har försenats flera gånger och parallellt med granskningen framkommer att den första kliniska undersökningen har genomförts under oktober 2023.

De senaste åren har täckningsgraden för vissa indikatorer (framför allt för Lasarettet Ljungby, men även i Regionen som helhet) i Riksstrokes årsrapport varit under 75 procent, vilket enligt Riksstroke innebär att data bedöms som osäkra. Vid intervjuer framkommer att rutinen för att fylla i Riksstroke vid Lasarettet Ljungby innefattar att ett riksstroke-formulär påbörjas när patienten kommer till avdelningen och färdigställs vid utskrivning. Anledningen till den låga täckningsgraden bedöms därför vara att formuläret i vissa fall inte påbörjas och därför inte heller färdigställts i samband med utskrivning. Vid Lasarettet Ljungby genomfördes under 2022 en efterregistrering i Riksstroke för att säkerställa att data för samtliga strokepatienter fördes in i registret, vilket har haft god effekt på täckningsgraden.

Två exempel på indikatorer med sämre utfall i Region Kronoberg jämfört med i riket är andelen patienter med stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus (Lasarettet Ljungby) och andelen strokepatienter med tidig understödd utskrivning från strokeenhet (hela Regionen). Avseende sväljbedömning uppvisar Lasarettet Ljungby under åren 2016-2020 noteringar mellan 60 och 70 procent. I intervjuer framkommer att bristande dokumentation såväl som bristande kunskap kring registrering av sväljbedömningen sannolikt har påverkat utfallet. Enligt intervjuer har vikten av dokumentation behandlats på APT och 2022 hade andelen patienter som sväljbedömts stigit till 90 procent. I riket har andelen patienter där sväljförmågan bedömts legat stadigt mellan 85 och 90 procent sedan 2011. Andelen strokepatienter med tidig understödd utskrivning från strokeenhet, där ett multidisciplinärt stroke-team både koordinerar utskrivningen och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön, är låg men samtidigt ska data tolkas med försiktighet eftersom det saknas mätpunkter. Enligt data som redovisas har båda lasaretten värden under 10 procent, medan samma värde för riket är cirka 20 procent. Vid intervjuer och på vårdgivarwebben framgår att tidigt understödd utskrivning har varit pausad på båda lasaretten under en period till följd av resursbrist, men har nyligen

³⁰ Diagnos av stroke dröjde två dygn, 2022

³¹ En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Källa: [Lex Maria och Lex Sarah - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#) (Hämtad 2023-08-10)

³² [MRT, magnetkamera – Så går en MR röntgen till | Cancerfonden](#) (Hämtad 2023-08-10)

återupptagits vid Centrallasarettet Växjö. Det finns ingen plan för när denna verksamhet skulle kunna återupptas vid Lasarettet Ljungby.

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvård förstagångsstroke har minskat något för Regionen mellan år 1999 och 2020, med ett slutvärde på strax över 10 procent. Trenden liknar den för riksgenomsnittet. Antal döda inom 365 dagar efter sjukhusvård förstagångsstroke varierar över tid för Region Kronoberg, med störst skillnader för åldersgrupperna 75 år och äldre. För övriga åldersgrupper handlar det om enstaka fall och därmed är det inte möjligt att se någon trend.

3.2.4. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis säkerställt att det finns följsamhet till de nationella riktlinjerna och de personcentrerade standardiserade vårdförloppen för stroke och TIA. Resultaten för flera av indikatorerna har förbättrats de senaste åren. Däremot finns kvarstående brister avseende följsamhet till vissa riktlinjer som bedöms ha olika bakomliggande orsaker; några är medvetna avsteg från rekommendationerna, några beror på brister i registreringen i Riksstroke och andra är en följd av bemanningsproblem.

Helseplan bedömer att det delvis finns en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp. Det finns tydliga beskrivningar för såväl införandeprocessen som de olika deltagarnas ansvarsområden. Däremot finns behov av att utveckla styrningen kring införandeprocessen avseende standardiserade vårdförlopp, bland annat avseende rollfördelningen efter genomförd implementering (vilket eventuellt även inbegriper implementering av andra vårdförlopp). Del 1 av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA är, i och med driftsättningen av DTp i oktober 2023, helt implementerat. Del 2 av vårdförloppet genomgår kartläggningsfasen och processen har försenats till följd av tidsbrist och svårigheter att hitta intervjupersoner till gapanalysen.

Helseplan rekommenderar Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden att

- Tillse regelbunden registrering i Riksstroke, särskilt för Lasarettet Ljungby.
- Säkerställa att standardiserade vårdförlopp implementeras enligt beslutade processer och utvärdera om införandeprocesserna behöver förbättras.

3.3. Uppföljning och analys av resultat

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan "Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det genomförs en strukturerad uppföljning (kvalitetsindikatorer) i enlighet med nationella riktlinjer?" med underfrågorna "Hur ser resultatet ut för Region Kronoberg i jämförelse med riket?", "Analyseras resultatet av kvalitetsindikatorerna och genomförs åtgärder utifrån eventuella analyser?",

”Finns inomregionala skillnader gällande resultatet av kvalitetsindikatorerna och vilka åtgärder vidtas för att säkerställa en jämlik strokesjukvård i Region Kronoberg?” och ”Vilka system finns för att samla in och analysera patientupplevelser av strokesjukvården? Hur används patientupplevelser för att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder?”.

3.3.1. Strukturerad uppföljning i enlighet med nationella riktlinjer

Enligt *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* finns en lång tradition av kvalitetsuppföljning inom strokesjukvården i Sverige, vilket bidrar till att värden kan följas upp på ett enhetligt sätt över hela landet. Socialstyrelsens indikatorer syftar till att spegla god vård och omsorg, vilket bland annat innefattar att vården ska vara kunskapsbaserad, jämlik och individanpassad. Indikatorerna ska möjliggöra uppföljning och jämförelse av strukturer, processer och resultat över tid samt ”initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet”³³. Riksstroke genomför löpande utvärdering av strokevården och utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna.

I *Verksamhetsplan Patientnämnden* från åren 2021, 2022 och 2023 beskrivs att nämnden, enligt *Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)*, ska bidra till hög patientsäkerhet, kvalitetsutveckling inom vården samt att hälso- och sjukvården anpassas till individuella behov och förutsättningar. Vårdgivaren ska, enligt patientsäkerhetslagen³⁴, ta emot och utreda klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående samt personal, andra aktörer inom region och kommun, myndigheter och föreningar/organisationer. Inkomna klagomål och synpunkter ska analyseras för att möjliggöra åskådliggörande av mönster eller trender som visar på brister i verksamhetens kvalitet. Om resultaten indikerar att ändamålsenligheten i processerna och rutinerna inte är tillräcklig för att säkra verksamhetens kvalitet ska dessa förbättras.

Enligt intervjuade sker uppföljning av kvalitetsindikatorer både på klinikövergripande nivå och i linjen genom analys av inrapporterad data till Riksstroke. Uppföljningen på klinikövergripande nivå sker i samband med utformningen av delårsrapporter. Förbättringsåtgärder baseras på Riksstroke statistik och inrapporterade avvikelser och följs upp i samband med nästa delårsrapport. I intervjuer framkommer att avdelningscheferna har ett stort ansvar för löpande uppföljning av den egna verksamheten och kan själva vid behov initiera lämpliga förbättringsåtgärder.

³³ Socialstyrelsen - Nationella riktlinjer för vård vid stroke, sida 60

³⁴ Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kapitlet 8 a §

3.3.2. Jämlikhet i strokesjukvården

I Region Kronoberg är andelen patienter som läggs in direkt på strokeenhet vid Lasarettet Ljungby mellan 85 och 100 procent de senaste tre åren, medan samma andel vid Centrallasarettet Växjö ligger mellan 60 och 75 procent. Vård på strokeenhet någon gång under vårdtiden skiljer sig däremot inte nämnvärt mellan sjukhusen. Svarsfrekvensen på enkäten *Riksstroke - 3 månaders-uppföljning*³⁵ har varit betydligt lägre vid Lasarettet Ljungby än vid Centrallasarettet Växjö de senaste fem åren. Andelen patienter där bedömning av sväljförmågan gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus har varit mycket lägre vid Lasarettet Ljungby än vid Centrallasarettet Växjö under flera år, men siffrorna har jämnats ut de senaste åren, se 3.2.3 *Följsamhet till nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp*. Lasarettet Ljungby har som regel haft längre "dörr-till-nål"-tid de senaste åren.

Enligt intervjuade ligger arbetet med att säkerställa en jämlik vård i Regionen inom ramen för kunskapsstyrningen. Flera intervjuade påtar att medicinkliniken är gemensam för de båda sjukhusen sedan maj 2022, vilket också framgår i *Årsrapport 2022 Medicinkliniken Växjö* och i *Årsrapport 2022 Medicinkliniken Ljungby*. Sammanslagningen anses av intervjuade bidra till en mer jämlik vård då gemensamma riktlinjer och rutiner används i högre utsträckning. I intervjuer framkommer att det vid Centrallasarettet Växjö finns en person som är ansvarig för strokesjukvården och bistår processledaren med information, medan det inte finns samma funktion vid Lasarettet Ljungby. Lasarettet Ljungby ingår inte i den gapanalys som har genomförts inom ramen för införandet av vårdförloppet, se avsnitt 3.2.2 *Införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA*. Flera intervjuade beskriver ojämlikheter avseende tillgången till rehabilitering beroende på bostadsort i Regionen och menar att öppenvårdsrehabiliteringen skulle behöva utökas för att säkerställa en jämlik vård i Regionen, se *Tabell 2*. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet i Riksstrokes enkät uppger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett har varierat under åren, men de senaste två åren är det 60 procent för båda sjukhusen, vilket motsvarar riksgenomsnittet.

3.3.3. Patientupplevelser av strokesjukvården

På vårdgivarwebben framkommer att Region Kronoberg har som mål att skapa förutsättningar för samverkan mellan patienter, närstående och vårdpersonal, vilket också beskrivs vid flera intervjuer. Vidare arbetar Regionen för att patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i utvecklingsarbeten på olika organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården. Enligt vårdgivarwebben finns sedan 2018 en "Resursgrupp nära vård" med erfarenhet från hälso- och sjukvården, antingen som patienter eller närstående. Deltagarna i gruppen medverkar bland

³⁵ Riksstrokes enkät som skickas ut inför eller fylls i tillsammans med patienten vid återbesöket.

annat i ledningsmöten, olika typer av arbetsgrupper, samverkansform och i verksamhetsnära förbättringsarbeten.

Flera intervjuade nämner *Riksstroke - 3 månaders-uppföljning*, som fokuserar framför allt på rehabilitering och kvarstående symptom efter stroke. Andelen patienter som deltog i Riksstroke's uppföljning 3 månader efter stroke har sjunkit sedan 2011, så väl på riksnivå som inom Kronoberg. En förbättring sågs för Centrallasarettet Växjö från och med 2016 när andelen patienter ökade från 70 procent till strax under 100 procent. Efter 2020 har andelen minskat igen och är för 2022 återigen på strax över 70 procent. Vad avser Lasarettet Ljungby ligger andelen patienter sedan 2016 runt 60 procent med undantag för 2021 när noteringen var strax över 30 procent. Genomsnittet för Kronoberg ligger de senaste åren knappt under riksnittet, som ligger på cirka 80 procent.

Flera intervjuade upplever att uppföljningen av patienternas upplevelse av vården kan förbättras. Intervjuade nämner även patientnämndsärenden och avvikelser som värdefulla verktyg för att ta del av patientupplevelser av strokesjukvården. Enligt intervjuer vidtas förbättringsåtgärder baserade på den information som på olika sätt inhämtas från patienterna.

I *Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022* beskrivs att patienters synpunkter möjliggör kvalitetsförbättring. Ett av hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag för 2022 är att genom upprättandet av en handlingsplan "ta fram en modell för analys av klagomål/synpunkter oavsett om de har inkommit direkt till vården eller via patientnämnden"³⁶. Sammantaget har 50 klagomål avseende stroke inkommit till patientnämnden mellan 1 januari 2020 och 30 september 2023. Av dessa rör 30 ärenden klagomål inom område vård och behandling och en stor majoritet av dem är registrerade under nyckelorden "vårdskada?" samt "försenad diagnos". Övriga klagomål handlade bland annat om områdena vårdansvar och organisation (frågor kring uppföljning) samt administrativ hantering (remiss skrevs inte). Klagomålen är fördelade inom den sjukhusbundna vårdens olika kliniker och inom primärvården, men hälften av alla ärenden rör medicinklinikerna Ljungby respektive Växjö.

3.3.4. Bedömning och rekommendation

Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det genomförs en strukturerad uppföljning (kvalitetsindikatorer) i enlighet med nationella riktlinjer. Statistik i Riksstroke följs både på klinikövergripande nivå och av respektive linjeförstärkning. Resultatet av kvalitetsindikatorerna analyseras på båda nivåerna och åtgärder vidtas vid behov. Det bör i sammanhanget noteras att

³⁶ Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022, sida 19

täckningsgraden för några av indikatorerna är låg, vilket medför att den strukturerade uppföljningen i dessa fall baseras på ett osäkert dataunderlag.

Helseplan bedömer att Region Kronoberg har liknande eller något sämre resultat än riket avseende majoriteten av kvalitetsindikatorerna och det finns även vissa inomregionala skillnader, bland annat gällande direktinläggning på strokeenhet och "dörr-till-nål"-tid. Därutöver föreligger ojämlikheter i regionen avseende tillgången till rehabilitering, se 4.1 *Uppföljning av tidigare granskning*. Det är av stor vikt att rehabilitering även på specialistnivå sker så nära hem och arbetsplats som möjligt för att förbättra återanpassning till såväl privatliv som arbetsliv.

Helseplan bedömer att det finns flera olika system för att samla in och analysera patientupplevelser av strokesjukvården, bland annat genom *Riksstroke - 3 månaders - uppföljning*, avvikelser och patientnämndsärenden. Förbättringsåtgärder vidtas baserat på den information som på olika sätt inhämtas från patienterna.

Helseplan rekommenderar Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden att

- Skapa förutsättningar för att samtliga verksamheter som arbetar med stroke inom den gemensamma medicinkliniken kan tillhandahålla vård av hög kvalitet.

4. Uppföljning av rekommendationer 2016

I detta avsnitt besvaras revisionsfrågan: "Har Regionstyrelsen tillsett att åtgärder vidtagits med anledning av de brister samt de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporterna 2016?".

4.1. Uppföljning av tidigare granskning

Tabell 2 visar bedömning för var och en av rekommendationerna från 2016. Den enskilda bedömningen har graderats utifrån skalan uppfyllt (grön markering), delvis uppfyllt (gul markering) samt inte uppfyllt (röd markering).

Tabell 2. Rekommendationer från granskningen 2016 samt utvärdering av dessa.

Rekommendation 2016	Uppföljning och bedömning 2023
Tydliggör uppdraget för strokeprocessen och säkerställ att alla aktörer (inklusive länets kommuner) finns med i utvecklingen av strokesjukvården. I granskningen	Processteamet för stroke består av representanter från alla delar av vårdkedjan inklusive kommunal hemsjukvård. Även patient-, närstående- och handikappförbund representeras. I Regionens organisatoriska vårdprogram definieras specialiserad rehabilitering respektive

ansågs det viktigt att utvecklingsarbetet kompletteras med delmål och tidplan för att möjliggöra uppföljning och kontroll av det fortsatta arbetet.	basrehabilitering och vilken aktör som ska erbjuda respektive rehabiliteringsform. På vårdgivarwebben ³⁷ tydliggörs ansvarsfördelningen mellan olika aktörer på såväl regional som kommunal nivå. Enligt intervjuade har samarbetet med kommunerna förenklats i och med att samma journalsystem används. Det finns tydliga delmål för införandeprocessen, se <i>Tabell 1</i> . Det saknas tydlig tidplan för det fortsatta utvecklingsarbetet.	
Säkerställ att alla patienter kommer direkt till en strokeenhet och skapa förutsättningar så att i stort sett alla patienter som insjuknar i stroke ges vård på en strokeenhet.	Statistik från Vården i siffror (2022) visar att andelen patienter med stroke som vid akut insjuknande direkt vårdas på strokeenhet eller IVA har förbättrats över åren. Lasarettet Ljungby uppvisar tydliga förbättringar och ligger 2022 strax under 100 procent. Centrallasarettet Växjö ligger strax under 70 procent. Riksgenomsnittet för 2022 är strax över 80 procent. Se även <i>163.2.3 Följsamhet till nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp</i> .	
Säkerställ att alla patienter som insjuknat i stroke omfattas av en uppföljning i öppenvård.	Andelen patienter som hade ett återbesök planerat efter utskrivning har vid Centrallasarettet Växjö ökat från drygt 80 procent till över 95 procent mellan åren 2017 och 2021 och motsvarar riksgenomsnittet för samtliga år utom 2018, då andelen var tolv procentenheter under rikets. Vad avser Lasarettet Ljungby är andelen patienter med ett återbesök planerat högre eller i paritet med Centrallasarettet Växjö och riket under motsvarande tidsperiod utom år 2017 då andelen var något lägre. För alla år utom 2019 är data för Ljungby osäkra, vilket försvårar bedömningen. Utifrån att det i rekommendationen beskrivs att <i>alla</i> strokepatienter ska omfattas av uppföljning i öppenvård, bedöms rekommendationen inte vara uppfylld. I sammanhanget bör noteras att Regionen uppvisar ett bra resultat avseende denna indikator, även om inte samtliga patienter omfattas av uppföljning.	

³⁷ [Vårdgivarwebben - Patientprocesser \(regionkronoberg.se\)](https://regionkronoberg.se/vardgivarwebben-patientprocesser)

Det saknas tydlig styrning och kontrollerad process vad gäller rehabilitering. Rekommendationen var att en översyn genomförs av rehabiliteringsprocessen som leder till ett säkerställande av att alla patienter i behov av adekvat rehabilitering ges en sådan. Översynen bör omfatta allmän och specialiserad rehabilitering och inbegripa länets kommuner.	Processen med att införa <i>Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering</i> pågår. Det finns i vårdförloppet rekommendationer kring bedömning av rehabiliteringsbehov samt genomförande av åtgärder enligt en rehabiliteringsplan som upprättas i nära dialog med patienten. Några intervjuade menar att uppdraget är tydligare jämfört med 2016 eftersom rehabiliteringskliniken i Växjö numera har uppdrag för hela Kronoberg såväl för slutenvårdsrehabilitering som för öppenvårdsrehabilitering (specialiserad rehabilitering dagtid) efter utskrivning. I <i>Årsrapport 2021 Hälso- och sjukvårdsnämnd</i> beskrivs utmaningar gällande att rekrytera bland annat fysioterapeuter, enligt <i>Årsrapport Hälso- och sjukvårdsnämnd 2022</i> är det också svårt att rekrytera logopedier och arbetsterapeuter. I intervjuer framkommer att öppenvårdsrehabiliteringen vid Lasarettet Ljungby lades ner 2021 till följd av personalbrist. Slutenvårdsrehabiliteringen på Lasarettet Ljungby lades ner vid årsskiftet 2021/2022. Patienter inom specialiserad öppenvårdsrehabilitering erbjuds sängplats vid Centrallasarettet Växjö om resornas längd påverkar patientens möjlighet till rehabilitering. Majoriteten av de intervjuade uppger brister i rehabiliteringsprocessen kopplat till svårigheter att rekrytera personal och flera nämner att det är över sex månaders väntetid till öppenvårdsrehabilitering. Vidare beskriver intervjuade att det finns brister avseende samverkan såväl inom Regionen som mellan Regionen och kommunerna. Andelen strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett är över tid lika vad gäller Region Kronoberg och ligger runt 60 procent, vilket motsvarar riksgenomsnittet.
---	---

Uppföljningen av rekommendationerna som framfördes i granskningsrapporten 2016 visar att ingen av dessa har uppfyllts helt. Flertalet av rekommendationerna har delvis uppfyllts; uppdraget för strokeprocessen har tydliggjorts, andelen patienter som får vård på strokeenhet har ökat och en översyn av rehabiliteringsprocessen ingår i arbetet med implementering av del 2 av det standardiserade vårdförloppet. Däremot finns behov av kompletterande åtgärder för

samtliga rekommendationer innan de kan anses vara helt uppfyllda. En av rekommendationerna anses inte vara uppfyllt.

5. Övergripande bedömning

Tabell 3 visar bedömning för var och en av revisionsfrågorna (grå bakgrundsfärg) inklusive tillhörande delfrågor (vit bakgrundsfärg) som också ska besvaras av granskningen. Den enskilda bedömningen har graderats utifrån skalan uppfyllt (grön markering), delvis uppfyllt (gul markering) samt inte uppfyllt (röd markering).

Tabell 3. Sammanfattande bedömning av revisionsfrågorna och tillhörande delfrågor.

Revisionsfråga	Bedömning	
Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram?	Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med beslutat vårdprogram. Regionen har en struktur för samarbete mellan hälso- och sjukvården och kommunerna. Därutöver finns medicinska kommittén, som har i uppdrag att överblicka den samlade sakkunskapen i Regionen och medverka i beslut om kunskapsfrågor. Avseende uppföljning hänvisas till 3.3.4 <i>Bedömning och rekommendation</i> .	
Är riktlinjerna kända på verksamhetsnivå?	Helseplan bedömer att riktlinjerna är kända på verksamhetsnivå utifrån den information som har inhämtats inom ramen för granskningen. I samband med att riktlinjerna revideras finns behov av att säkerställa att förändringarna når berörda medarbetare i verksamheten.	
Finns det en fungerande avvikelshantering med uppföljning när vårdprogrammet inte fungerar på avsett sätt?	Helseplan bedömer att det delvis finns en fungerande avvikelshantering med uppföljning när vårdprogrammet inte fungerar på avsett sätt. Hanteringen av inrapporterade avvikelser är välfungerande. Däremot kan uppföljningen av de inrapporterade avvikelserna förbättras med tanke på ett stort antal inrapporterade avvikelser för stroke jämfört med andra diagnoser på medicinkliniken. Noterbart i sammanhanget är att	

	det finns ett pågående arbete för att minska antalet avvikelser.	
Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns följsamhet till de nationella riktlinjerna vad gäller strokevården?	Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden delvis säkerställt att det finns följsamhet till de nationella riktlinjerna och de personcentrerade standardiserade vårdförloppen för stroke och TIA. Resultaten för flera av indikatorerna har förbättrats de senaste åren. Däremot finns kvarstående brister avseende följsamhet till vissa riktlinjer som bedöms ha olika bakomliggande orsaker; några är medvetna avsteg från rekommendationerna, några beror på brister i registreringen i Riksstroke och andra är en följd av bemanningsproblem.	
Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det finns följsamhet till de personcentrerade standardiserade vårdförloppen för stroke och TIA?	Se ovan.	
Hur ser nuläge ut för införande av personcentrerade standardiserade vårdförlopp för stroke och TIA?	Helseplan bedömer att del 1 av det personcentrerade standardiserade vårdförloppet för stroke och TIA, i och med driftsättningen av DTP i oktober 2023, är helt implementerat. Del 2 av vårdförloppet genomgår kartläggningsfasen och processen har försenats till följd av tidsbrist och svårigheter att hitta intervjupersoner till gapanalysen.	
Finns det en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp?	Helseplan bedömer att det delvis finns en ändamålsenlig organisation och arbetssätt för implementering och utveckling av standardiserade vårdförlopp. Det finns tydliga beskrivningar för såväl införandeprocessen som de olika deltagarnas ansvarsområden. Däremot finns behov av att utveckla styrningen kring införandeprocessen avseende standardiserade vårdförlopp, bland annat avseende rollfördelningen efter genomförd implementering (vilket eventuellt även inbegriper implementering av andra vårdförlopp).	

Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det genomförs en strukturerad uppföljning (kvalitetsindikatorer) i enlighet med nationella riktlinjer?	Helseplan bedömer att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden säkerställt att det genomförs en strukturerad uppföljning (kvalitetsindikatorer) i enlighet med nationella riktlinjer. Statistik i Riksstroke följs både på klinikövergripande nivå och av respektive linjeförord.	
Hur ser resultatet ut för Region Kronoberg i jämförelse med riket?	Helseplan bedömer att Region Kronoberg har liknande eller något sämre resultat än riket avseende majoriteten av kvalitetsindikatorerna	
Analyseras resultatet av kvalitetsindikatorerna och åtgärder genomförs utifrån eventuella analyser?	Helseplan bedömer att resultatet av kvalitetsindikatorerna analyseras på båda nivåerna och åtgärder vidtas vid behov. Det bör i sammanhanget noteras att täckningsgraden för några av indikatorerna är låg, vilket medför att den strukturerade uppföljningen i dessa fall baseras på ett osäkert dataunderlag.	
Finns inomregionala skillnader gällande resultatet av kvalitetsindikatorerna och vilka åtgärder vidtas för att säkerställa en jämlik strokesjukvård i Region Kronoberg?	Helseplan bedömer att det finns vissa inomregionala skillnader gällande resultatet av kvalitetsindikatorerna, bland annat gällande direktinläggning på strokeenhet och "dörr-till-nål"-tid. Därutöver föreligger ojämlikheter i regionen avseende tillgången till rehabilitering, se 4.1 <i>Uppföljning av tidigare granskning</i> . Det är av stor vikt att rehabilitering även på specialistnivå sker så nära hem och arbetsplats som möjligt för att förbättra återanpassning till såväl privatliv som arbetsliv.	
Vilka system finns för att samla in och analysera patientupplevelser av strokesjukvården? Hur används patientupplevelser för att identifiera förbättringsområden och vidta åtgärder?	Helseplan bedömer att det finns flera olika system för att samla in och analysera patientupplevelser av strokesjukvården, bland annat genom Riksstroke - 3 månaders - uppföljning, avvikelser och patientnämndsärenden. Förbättringsåtgärder vidtas baserat på den information som på olika sätt inhämtas från patienterna.	
Har Regionstyrelsen tillsett att åtgärder vidtagits med anledning av de brister samt de förbättringsförslag som framfördes i granskningsrapporten 2016?	Helseplan bedömer att åtgärder delvis har vidtagits, men att ingen av rekommendationerna är helt uppfylld. Se <i>Tabell 2</i> .	

6. Bilagor

Bilaga 1 – Förteckning över granskade dokument

- Budget 2023 och plan 2023-2025 , Region Kronoberg
- Datortomografi perfusion och ischemisk stroke (examensarbete), Luleå tekniska universitet, 2014
- Delegationsordning med vidaredelegering för hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-2026
- Delårsrapport Augusti 2023 Medicinkliniken
- Diskussionen om vårdplatser måste utgå ifrån fakta | Väntetider i vården | SKR
- Granskning av avvikelshantering - analys och utveckling av verksamheten, Region Kronoberg, 2022
- Lex Maria och Lex Sarah - Vårdhandboken (vardhandboken.se)
- MRT, magnetkamera – Så går en MR röntgen till | Cancerfonden
- Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen 2020
- Närmare Kronobergaren - Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027
- Region Kronoberg - Diagnos av stroke dröjde två dygn, 2022
- Region Kronoberg - Kommunalt forum
- Region Kronoberg - Samordning av hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Riksstroke - 3 månaders – uppföljning (enkät)
- riksstroke.org/sve/
- Sex fakta om vården | SKR
- Statistik om stroke - Socialstyrelsen
- Stroke och TIA - fortsatt vård och rehabilitering - Nationellt kliniskt kunskapsstöd (nationelltklinisktkunskapsstod.se)
- Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd (nationelltklinisktkunskapsstod.se)
- Uppdrag Medicinsk kommitté – Läkemedelskommitté, Region Kronoberg, 2020
- Uppdragsbeskrivning medicinskt sakkunnig personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, Region Kronoberg, 2023
- Uppdragsbeskrivning processledare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, Region Kronoberg, 2023
- Uppdragsbeskrivning processägare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, Region Kronoberg, 2023
- Uppföljande granskning av Vårdkedjan stroke, 2016
- Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Kronoberg, 2021
- Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Kronoberg, 2022
- Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Kronoberg, 2023
- Verksamhetsplan Patientnämnden Region Kronoberg, 2021
- Verksamhetsplan Patientnämnden Region Kronoberg, 2022
- Verksamhetsplan Patientnämnden Region Kronoberg, 2023
- Vårdförlopp stroke och TIA | Kunskapsstyrning vård | SKR (kunskapsstyrningvard.se)
- Vårdgivarwebben - Guide för utveckling av patientprocesser (regionkronoberg.se)
- Vårdgivarwebben - Patientprocesser (regionkronoberg.se)

- [Vårdgivarwebben - Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp \(regionkronoberg.se\)](#)
- [Väntetider i vården | SKR](#)
- Årsrapport 2021 Medicinkliniken Ljungby
- Årsrapport 2021 Medicinkliniken Växjö
- Årsrapport 2022 Medicinkliniken Ljungby
- Årsrapport 2022 Medicinkliniken Växjö

Bilaga 2 – Förteckning över intervjupersoner

Tabell 4. Förteckning över intervjuade funktioner.

Intervjuade funktioner
Regiondirektör
Ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
2:e vice ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
Sjukhuschef
Regional chefläkare
Processägare, Strokeprocessen
Processledare, Strokeprocessen
Ordförande, Medicinsk grupp Nervsystemets sjukdomar / Ansvarig för strokeprocessen i Växjö
Verksamhetschef, Medicinkliniken
Avdelningschef, Vårdavdelning 4 Växjö (neurologi- och strokeavdelning)
Sektionschef, Vårdavdelning 2 Ljungby (stroke- neurologi- och internmedicinavdelning)
Verksamhetschef, Akutmottagningarna
Verksamhetschef, Lasarettshab
Ordförande, Länsföreningen för stroke i Kronoberg / Representant: Patient, närstående och handikappförbund, Processgruppen
Representant: Patient, närstående och handikappförbund, Processgruppen



Detta dokument är elektroniskt signerat och juridiskt bindande.

Signed by: ULF ENGQVIST

Date: 2023-11-23 09:44:41

BankID refno: 781cdbeb-87ba-45d5-bcfb-dc7667192d88



Ordförande: Ulf Engqvist

Signed by: INGRID HUGOSSON

Date: 2023-11-21 14:50:42

BankID refno: 58b0d11f-13bb-42dc-9c09-cc628f3dc126



Vice ordförande: Ingrid Hugosson