



Region Jämtland Härjedalen

Granskning av ledningssystem

KPMG AB
2017-03-23
Antal sidor:26

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och rekommendationer	2
1.1	Rekommendationer	3
2.	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte och avgränsning	5
2.3	Revisionskriterier	5
2.4	Metod	5
2.5	Läsanvisning	5
3.	Övergripande om regionens ledningssystem	6
3.1	Ledningssystemets plats i regionens styrmodell	6
3.2	Kvalitetspolicy	7
3.3	Dokumenthanteringssystem	8
3.4	Kommentarer och bedömningar	9
4.	Ledningssystemet i praktisk användning	9
4.1	Regionledningsnivå	9
4.2	Områdesledningsnivå	13
4.3	Enhetsnivå	15
4.4	Ledningens genomgång	17
4.5	Patientsäkerhetsberättelse och andra uppföljningar av kvalitetsutfall	19
4.6	Enkät och GAP-analys / självskattning	20
5.	Övergripande kommentarer och slutsatser	22
6.	Revisionsfrågor och svar	25
	Bilaga 1 Våra utgångspunkter – KPMGs syn på ledningssystem	
	Bilaga 2 Metod	
	Bilaga 3 Enkät	
	Bilaga 4 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet	

1. Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Region Jämtland Härjedalen genomfört denna granskning av ledningssystem. Syftet har varit att granska om regionstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer en systematisk kvalitetsutveckling i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Genom mål och uppdrag i regionplanen styrs vanligen politiska inriktningar och verksamhetsförändringar av olika slag. Denna del i ledningssystemet är välutvecklad i meningen att det finns en tydlig struktur och modell för hur styrning och uppföljning ska ske. Det som däremot inte är lika välutvecklat är hur kärnverksamheten styrs, dvs. alla de kärnprocesser¹ där det ytterst avgörs hur god vård som regionen tillhandahåller för patienterna och samhället. Arbetet i detta avseende har kommit längre på verksamhetsnivå än på regionnivå. En mycket viktig förutsättning för att komma vidare är att bestämma hur verksamheternas information om hur bra kärnprocesserna fungerar ska förmedlas till regionnivån. Så länge inte en mer komplett bild finns av hur alla viktiga processer fungerar så finns risk att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser sker inom fel områden.

Genom beslut i fullmäktige har en god grund lagts i Regionen för att arbeta med kvalitet utifrån ett sådant processinriktat sätt som både kvalitetspolicyn och socialstyrelsens föreskrift anger. Vi bedömer det dock som viktigt att Regionen konkretiserar vad ett sådant processinriktat arbetssätt i praktiken innebär och hur det ska förverkligas. En väsentlig del i detta är att ta fram en plan för att identifiera, beskriva, fördela ansvar för, målsätta, följa upp, utvärdera och förbättra samtliga relevanta kärn-, lednings- och stödprocesser. I kapitel fem beskriver vi mer om vilka frågor som bör klaras ut kring detta.

Patientsäkerhetsarbetet i Regionen är relativt välutvecklat jämfört med andra delar av ledningssystemet. Trots det finns behov av förbättringar. Användning av information från olika datakällor sker med systematik och förbättringsområden identifieras främst med koppling till respektive datakälla. Utmaningen är bl.a. att lyfta analys och systematik och identifiera samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

Checklistan för egenkontroll av ledningssystemet behöver kompletteras med frågor om kärnprocesser. Dessutom bör den del som avser kvalitet hanteras separat för att markera kvalitetsledningens särställning i ledningssystemet.

Vår bedömning är att dokumenthanteringssystemet idag inte är ett tillräckligt stöd i verksamheternas arbete. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument söks fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Regionen behöver utveckla systemet eller ersätta det i syfte att säkerställa att det lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet. Utveckling och förbättring planeras ske under 2017.

¹ Kärnprocesser är de processer som levererar värde till de som verksamheten är till för – patienterna. Kärnprocesser kan t.ex. utgöras av olika patientgrupper. Se mer om processer i bilaga 1.

1.1 Rekommendationer

Med anledning av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till Regionstyrelsen:

- Skapa en samsyn och en tydlighet i organisationen kring tolkningen av vad ett processinriktat arbetssätt innebär och hur detta ska förverkligas i Region Jämtland Härjedalen.
 - En viktig del i detta är att definiera vilka processer som behövs för att kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Inför snarast en rutin för att den information som redan finns om processers effektivitet på verksamhetsnivå ska tillgängliggöras och användas i styrningen på regionnivå.
- Utse en person som ansvarig att driva ledningssystemfrågan framåt, en förvaltare av ledningssystemet.
- Säkerställ att regionens dokumenthanteringssystem lever upp till verksamheternas krav på användarvänlighet.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Mellan åren 2005 t.o.m. 2011 fanns ett krav att landsting/regioner skulle ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Sedan 1 januari 2012 är dock den tidigare föreskriften upphävd och istället gäller SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren, i detta fall regionstyrelsen, är ansvarig för att det finns ett ledningssystem.

I föreskriftens första paragraf framgår att den ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Föreskriften ska enligt 2§ även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En avgörande skillnad mellan den nya och den gamla föreskriften är att den nya betonar processer som centrala i kvalitetsarbetet. Processer ska identifieras, beskrivas (aktiviteter och rutiner för att säkra kvalitet) och systematiskt förbättringsarbete ska bedrivas för dessa. Det systematiska förbättringsarbetet delas in i följande områden enligt föreskriftens femte kapitel: riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten, förbättring av processer och rutiner.

Socialstyrelsen beskriver i föreskriften att ett ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet kunna:

- ✓ planera,
- ✓ leda,
- ✓ kontrollera,
- ✓ följa upp,
- ✓ utvärdera,
- ✓ förbättra verksamheten.

Revisorerna har vid upprepade tillfällen noterat att det inom Regionen har saknats ett ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling enligt gällande föreskrifter. Revisorerna anser att det finns en risk för att kvalitetsarbetet inte bedrivs på ett tillfredsställande sätt om inte ledningssystemet är utformat och fungerar på ett ändamålsenligt vis. Mot denna bakgrund har revisorerna beslutat att granska regionens arbete med ledningssystem.

2.2 Syfte och avgränsning

Det övergripande syftet med projektet har varit att granska om regionstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att regionens ledningssystem stödjer en systematisk kvalitetsutveckling i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift 2011:9.

Granskningen har avgränsats till områdena Ortopedi, Primärvård och Barn- och ungdomsmedicin.

Revisionsfrågorna återges och besvaras i kapitel sex.

2.3 Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning utgörs främst av:

- Hälso- och sjukvårdslagen 31 §
- Socialstyrelsens föreskrift SOSF 2011:9
- Beslut i fullmäktige
- KPMGs erfarenheter beskrivna i bilaga 1 har använts som ett raster genom vilket förhållanden i regionens ledningssystem har bedömts.

2.4 Metod

Den använda metoden beskrivs i bilaga 2.

2.5 Läsanvisning

De flesta som satt sig in i de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem delar nog uppfattningen att det finns stort utrymme för tolkningar kring olika krav. Utan mer konkreta tolkningar är det samtidigt svårare att undersöka följsamheten till kraven. I denna granskning har vi använt KPMGs något mer konkreta uttolkning av vad ett ledningssystem för kvalitetsutveckling är. Den bygger på våra konsulter erfarenheter av praktiskt arbete med ledningssystem. Vi vill uppmana läsaren att inledningsvis ta del av detta (se bilaga 1). Det kommer underlätta förståelsen av varför och mot vilken bakgrund vi gör olika bedömningar i denna granskning.

I kapitel tre återges inledningsvis hur Regionen beskriver sitt ledningssystem och hur ledningssystemet är en integrerad del av styrsystemet. Därefter söker vi efter hur kvalitetsbegreppet definieras i Regionen. Slutligen beskrivs Centuri, det system som används för dokumenthantering i Region Jämtland Härjedalen. I kapitlets sista avsnitt ger vi våra kommentarer och bedömningar av dessa övergripande förhållanden avseende regionens ledningssystem.

Hur ledningssystemet används i praktiken står i fokus i kapitel fyra. I de tre första avsnitten går vi igenom den praktiska tillämpningen på regionlednings-, områdeslednings- och enhetsnivå. Dessa avsnitt bygger i hög grad på det som kommit fram i våra intervjuer. Det fjärde avsnittet beskriver företeelsen och arbetet i forumet *Ledningens genomgång*. Delavsnitt fem ägnas åt hur Regionen följer upp kvalitet och patientsäkerhet. I avsnitt sex återges resultatet dels av en genomförd enkät om ledningssystemet som riktats till vårdpersonal inom de verksamheter som ingått i granskningen dels en självskattning. I självskattningen har fem personer på regionnivå svarat på hur de ser på statusen i regionens ledningssystem. Respektive delavsnitt i kapitel fyra avslutas med kommentarer och bedömningar.

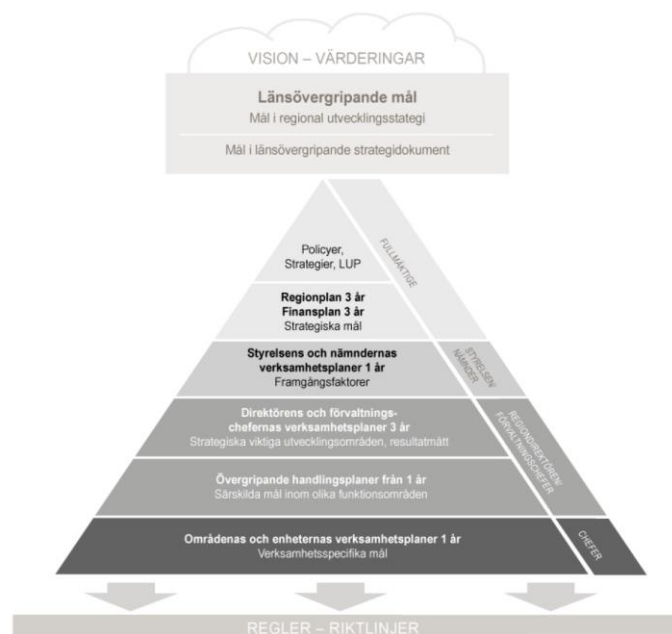
Vi har i det femte kapitlet lyft ett antal förhållanden till diskussion och presenterar utifrån detta några övergripande slutsatser.

Revisionsfrågorna återges och besvaras sist i rapporten - kapitel sex.

3. Övergripande om regionens ledningssystem

3.1 Ledningssystemets plats i regionens styrmodell

I regionplanen för 2017 – 2019 beskrivs regionens styrmodell i nedanstående illustration².



² Vi vill upplysa läsaren om att regionens styrmodell har ändrats sedan 2017. Gällande den tredje nivån i triangeln så ger numera regiondirektören direktiv till förvaltningarna vilka sedan upprättar verksamhetsplaner.

Sedan år 2013 har Region Jämtland Härjedalen (vid startpunkten dåvarande Landstinget Jämtland) utarbetat ett dokument som beskriver ”Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell”. Dokumentet är en beskrivning över hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller i det interna arbetet. Reglerna anger också hur och när övergripande styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp.

Planerings- och uppföljningsarbetet utgår från fyra målområden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Inom varje område formuleras politiska mål. I ledningssystemet framgår regionens övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter har att förhålla sig till. Till exempel policyer och planer men även rutiner, vårdprogram med mera. I ledningssystemet finns också olika redovisande dokument, till exempel årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Ledningssystemet är uppdelat i processer som beskriver hur organisationen ska arbeta och vilka resultat det ger utifrån uppsatta målområden. Figuren nedan visar systemets uppbyggnad:



För att säkerställa att ledningssystemet är tillgängligt, effektivt och verkningsfullt genomförs ledningens genomgång två gånger per år inom respektive förvaltningsnivå. Ledningens genomgång genomförs dessutom två gånger per år på regionnivå. Se mer om ledningens genomgång i avsnitt 4.4.

3.2 Kvalitetspolicy

En sådan finns beslutad av Regionfullmäktige år 2015. Den beskriver regionens vision och lägger fast en värdegrund.

I policyn framgår att ett ledningssystem införts för att på ett systematiskt sätt kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa kvaliteten i arbetssätt och metoder. Regionens ledningssystem innefattar enligt policyn fyra arbetsområden: kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet.

Under avsnittet *Värdering* tas bl.a. följande upp:

- Ledare i organisationen ska visa sitt engagemang genom att basera åtgärder utifrån fakta och med en helhetssyn på verksamheten.
- Verksamheterna ska använda ett processinriktat arbetssätt genom att:
 - kartlägga och dokumentera relevanta interna och externa processer
 - fastställa mätbara mål och följa upp resultat
 - fortlöpande utvärdera resultaten och fastställa nya mål för att ständigt förbättra verksamheten
 - jämföra verksamheten med andra och lära av de bästa

3.3 Dokumenthanteringssystem

Regionen använder systemet Centuri för lagring av bl.a. styrande och stödjande dokument i ledningssystemet. Systemet har även en modul för avvikelshantering. När systemet infördes fanns möjlighet för verksamheter att skapa sin egen struktur för hur dokument skulle lagras i systemet. Regionen har nyligen gått ifrån detta och tillhandahåller genom kvalitetsstrategen på regionkontoret en gemensam struktur.

Vid genomgång av Centuri med regionens kvalitetsstrateg framkom att det går att söka fram ett dokument i systemet genom att fylla i ett sökfält och sedan filtrera resultatet med hjälp av kategorier. Däremot går det inte enkelt att ta fram all information som berör eller är intressant för en viss yrkesgrupp, t.ex. barnmorskor. Att söka ut all dokumentation som rör en viss enhet i organisationen går förvisso men den blir komplett bara under förutsättning att alla relevanta dokument också sparats under den enheten i Centuri. Det är dock ovanligt att t.ex. alla övergripande / gemensamma rutiner sparats på varje enhet där rutinen är relevant.

Centuri kommer att uppdateras under hösten 2017, enligt kvalitetsstrategen kommer systemet att tillhandahålla ett nytt modernt användargränssnitt. En ny leverantör av sök- och tjänsten håller också på att utveckla verktyget.

Processbeskrivningar sparar generellt sett inte i Centuri utan i den mån de finns i ett annat system tillgängligt via intranätet: Prodocapo.

Enligt kvalitetsstrategen finns ingen färdig rapport för att se hur många som använder Centuri men det finns möjlighet att få information om hur många dokument som har öppnats. Arbete pågår för att ta fram ett utbildningsprogram för dokumenthantering i Centuri. Tanken är att härigenom lösa problemen med att systemet upplevs som svåränvänt.

Systemet har även en avvikelsemodul. Där registreras och klassificeras avvikelser utifrån sammanhang och bidragande orsak. Sammanhang kan vara t.ex. *patient & vård, utrustning & produkt, service & tjänst* m.m. Bidragande orsaker kan också anges t.ex. *procedurer, rutiner&riktlinjer - gällande rutin har ej följts etc.* Enligt patientsäkerhetssamordnaren går det inte idag att koppla en avvikelse till enskild process eller patientgrupp. I nästa version kommer detta sannolikt att vara möjligt.

3.4 Kommentarer och bedömningar

I kvalitetspolicyn har fullmäktige lagt fast viktiga förutsättningar för kvalitetsarbetet. Beslut ska fattas utifrån fakta och helhetssyn. Ett processinriktat arbetssätt är centralt och processer ska kartläggas och dokumenteras. De ska ha mätbara mål som följs upp och resultaten ska fortlöpande utvärderas för att ständigt förbättra verksamheten. Vår bedömning är att detta är en mycket god grund att bygga ett ledningssystem på. En generell iakttagelse är dock att regionen saknar en mer konkret uttolkning eller handlingsplan kopplad till denna policy. Det finns behov av att mer konkret beskriva vad *ett processinriktat arbetssätt* är i Regionen och hur detta ska förverkligas, vilka processer som ska kartläggas och dokumenteras samt i vilken takt etc.

Regionen har tagit fram ett angeläget dokument och åstadkommit en tydlig beskrivning av sin styrmodell. Vissa kopplingar görs mellan styrmodell och ledningssystem såsom att de fyra målområdena som regionen använder är integrerade i beskrivningen av ledningssystemet. I övrigt är det svårare att se hur styrmodell och ledningssystem interagerar.

Regionens dokumenthanteringssystem har brister i nuvarande version. Dokumenthanteringen är inte arrangerad på ett sätt som möjliggör att dokument söks fram utifrån den logik som användarna i verksamheten följer. Vi har t.ex. konstaterat att det i praktiken inte går att söka fram dokument relevanta för en specifik yrkesgrupp eller en viss organisatorisk enhet. Det framstår som angeläget att planerade åtgärder leder till att systemet blir mer användbart för användare i hälso- och sjukvården.

4. Ledningssystemet i praktisk användning

4.1 Regionledningsnivå

4.1.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

Vi har inlett våra intervjuer med att ställa frågan: *Vad betyder ledningssystem för dig?* Flera intervjuade har uttryckt att det är ”ett sätt att styra regionen”. Uppfattningen att ledningssystemet är ”mer än dokumenthanteringssystemet” har förts fram av många.

”Hela alltet” har också varit svar på frågan liksom ”dokumenthanteringssystem, uppföljning och analys”. En intressant synpunkt har också framförts från chefläkaren och regionöverläkaren som ansåg att de inte hade någon direkt relation till ledningssystemet.

Av intervjuerna har vi också fått en tydlig bild av att regionen ägnat kraft åt att skapa tydlighet i styrning och uppföljning av de mål som ges i regionplanen och att detta är en central del i ledningssystemet. Av protokoll från forumet ledningens genomgång framkommer även att ledningstid ägnas åt att diskutera patientsäkerhet och följsamhet till regionens egenkontrollinstrument (checklista) för chefer att följa olika ruiner i ledningssystemen.

4.1.2 Processorientering

Regionen har inte en enhetlig metod (eller stödverktyg) för sin processorientering. Det saknas en uttalad plan för att inom viss tid identifiera, kartlägga, fördela ansvar för, sätta mål för och följa upp samtliga relevanta lednings-, kärn-, och stödprocesser.

De intervjuade uppger att vissa men långt ifrån alla kärnprocesser i hälso- och sjukvården är kartlagda. Några av de intervjuade upplever att det i dagsläget inte finns kapacitet att kartlägga alla kärnprocesser och sedan sätta upp mål för dem. Hälso- och sjukvårdsdirektören bedömer att det ute i vården finns rätt god kontroll på kärnprocesserna. En stor del av arbetet med kvalitetsutveckling utgår från jämförelser med andra landsting/regioner. Det är även från sådana jämförelser som avstamp för förbättringar tas, särskilt för områden där regionen har ett relativt svagt utfall jämfört med andra.

Tf regiondirektören berättar att ett betydande fokus under 2017 kommer att ligga på att utveckla uppföljningsprocessen. Hon beskriver att flera bokslut lever sitt eget liv, rapporteras i olika forum men att en helhetssyn saknas.

Under 2017 ska samtliga vårdprogram/rutiner som berör fler än en verksamhet uppdateras och kvalitetssäkras innan inplacering på rätt plats i ledningssystemet sker. Det är respektive områdeschef som beslutar om vilka dokument som ska placeras i ledningssystemet på övergripande nivå.

4.1.3 Egenkontroll

Regionen har som stöd till chefer på alla nivåer tagit fram dokumentet *Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete*. Dokumentet innehåller en checklista för egenkontroll. Tanken är att chef och medarbetare regelbundet går igenom denna i syfte att identifiera avvikelser relativt krav i alla fyra ledningssystem (kvalitet, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet). Checklistan innehåller ca 150 frågor. Följande områden ingår vilka kan sägas koppla mest till kvalitetsledning: Ledning & styrning, Verksamhetsplanering/uppföljning, Stöd - system - samverkan, Systematiskt patientsäkerhetsarbete.

På ledningsnivå är de intervjuade medvetna om checklistan. Den används delvis på regionnivå, exempelvis genom att gå igenom vissa delar åt gången. Några framför att den är

ganska omfattande. Det framkommer av protokoll i ledningens genomgång att checklistan inte används i den omfattning som regionledningen önskar, bl.a. till följd av att den inte är tillräckligt känd i organisationen.

Vid intervjuerna delgav vi vår förvåning över att så lite om hur kärnprocesserna fungerar framgår av protokollen från ledningens genomgång. De intervjuade ansåg detta vara en intressant reflexion. Hälso- och sjukvårdsdirektören berättade att den typen av diskussioner förs mer i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp men inte heller där utifrån en utpräglad systematik.

Jämfört med kärnprocesser så framkommer att diskussioner om lednings- och stödprocessers effektivitet förs i än mindre grad i ledningens genomgång eller andra ledningsforum.

En iakttagelse är att regionens checklista *Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete* inte innehåller frågor om kärnprocesser³. Exempelvis om verksamhetens kärnprocesser har identifierats, kartlagts, fördelats ansvar för, målsatts, följs upp, utvärderas och förbättras. Däremot finns en hel del frågor kopplade till budget- uppföljningsprocess, riskanalys och patientsäkerhet.

4.1.4 Riskanalyser och avvikelsehantering

Tf regiondirektören framför att regionens verksamheter är noggranna med att genomföra riskanalyser när det sker en förändring, dvs. där detta måste ske utifrån arbetsmiljölagen. Dock finns det mycket att arbeta med vad gäller förebyggande riskanalyser i övrigt. Flera av de intervjuade menar att det inte genomförs tillräckligt med riskanalyser som bedömer riskerna för att inte nå tillräckliga resultat vad gäller exempelvis god vård eller tillgänglighet. Några lyfter fram att det finns internkontrollplaner kopplade till de politiska målen samt att riskanalyser genomförts av hur sårbar vården är om olika IT-system slutar att fungera. En gemensam rutin / mall för riskanalys tillhandahålls via dokumenthanterings-systemet.

Även inom området klagomål och avvikelsehantering finns etablerade rutiner framtagna för att ta emot, utreda och ”lagra” information. Så långt är alla intervjuade på regionnivå överens. Sedan menar de flesta att regionen har förbättringsmöjligheter i de senare leden i detta arbete. Kopplat till enskilda datakällor sker oftast ett systematiskt arbete med att identifiera förbättringsområden. När det gäller att lägga samman information från flera datakällor menar de flesta att arbetet kan förbättras. Den ”röda tråden” mellan datafångst – sammanställning – analys – förbättringsområden och förbättringsåtgärder kan tydliggöras menar flera.

4.1.5 Förbättringsarbete

Förbättringsarbetet utgår främst från jämförelser med landets övriga landsting/regioner. Viktiga datakällor är kvalitetsregister / Öppna jämförelser / Vården i siffror och Nysam.

³ kan i hälso- och sjukvård vara liktydigt med flöden och arbetssätt kopplade till de största patientgrupper som en verksamhet ansvarar för

Systematiken i förbättringsarbetet kan bli bättre enligt tf regiondirektören. Även om nämnda datakällor rymmer en väldig mängd data så erhåller Regionen utifrån detta inte en samlad bild av hur bra vården är för alla kärnprocesser. Uppenbara negativa avvikelser i t.ex. Vården i siffror blir ofta i praktiken avstamp för förbättringar eller ambitionshöjningar.

Det genomförs ingen systematisk uppföljning av förbättringsarbeten för att undersöka vilka tillvägagångssätt som har varit framgångsrika.

4.1.6 Kommentarer och bedömningar

De intervjuade vid regionledningen har en samsyn kring att ledningssystemet är mer än dokumenthanteringssystemet. Det finns dock anledning att diskutera syftet med forumet ledningens genomgång. Idag diskuteras i liten grad hur verksamheten (kärnprocesser) fungerar och avsaknaden av det är en lucka i regionens ledningssystem, främst på regionledningsnivå. Att ledningssystemet innefattar den styrning och uppföljning som utgår ifrån regionplanens mål är en styrka.

Processororientering är inte en företeelse som genomsyrar regionens arbete. Det finns däremot exempel där ett processororienterat synsätt används. Det har dock inte framkommit att detta synsätt är en förutsättning för att kunna styra och leda verksamheterna enligt intentionerna i föreskriften. Ett exempel på detta är att regionen inte har en plan för att identifiera och beskriva samtliga relevanta kärn-, lednings- och stödprocesser.

En omfattande checklista för egenkontroll finns för följsamhet till och uppföljning av rutiner i ledningssystemen. Regionledningen diskuterar hur användningen av denna ska kunna öka. Det finns skäl för regionledningen att se över innehållet i checklistan. Ett tillägg av frågor som kopplar direkt till de luckor som regionen har i sitt ledningssystem idag är motiverat, dvs frågor om identifiering, kartläggning och förbättringsarbete kopplat till kärnprocesser. Checklistan omfattar alla fyra ledningssystem och innehåller redan många frågor. Tillägget är nödvändigt och en tanke kan vara att splittra checklistan i fyra för att göra varje del mer hanterbar.

En regiongemensam rutin finns för riskanalys. Den används företrädesvis i samband med verksamhetsförändringar. Detta är angeläget men användningen av riskanalyser kring svårigheter att nå centrala mål i hälso- och sjukvården bör öka. En genomtänkt användning av riskanalyser innebär ett förebyggande synsätt och kan minska antalet avvikelser och behovet av att genomföra händelseanalyser.

System och rutiner för att fånga avvikelser, klagomål etc. finns etablerade i regionen. Även användningen av respektive datakälla sker med systematik och förbättringsområden identifieras. Utmaningen är att lyfta analys och systematik och se samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

Förbättringsbehov kopplade till kärnprocesser fångas främst utifrån uppenbara negativa avvikelser i t.ex. Vården i siffror. Regionen har idag inte tillgång till en mer heltäckande bild av hur funktionen är i olika kärnprocesser.

4.2 Områdesledningsnivå

4.2.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

Det som genomgående kommer fram som det centrala är att de intervjuade ser ledningssystemet som i princip synonymt med dokumenthanteringssystemet - Centuri. Nästan samtliga påtalar att det ska vara lätt att där hitta dokument men att det inte är lätt. Några menar att förändringar skett i Centuri och att strukturen blivit bättre. Samtidigt menar andra att ”någon” på administrativ nivå ändrat i systemet på ett sätt som inte är efterfrågat från verksamheten.

4.2.2 Processorientering

Situationen beträffande processorientering är i huvudsak likartad enligt de intervjuade. Det har inte skett en fullständig kartläggning av vilka kärnprocesser (största patientgrupper) som områdesansvaret inrymmer. För ansvariga är detta ändå ganska tydligt. En ganska stor del av kärnprocesserna har en beskrivning av arbetssätten t.ex. i vårdprogram. Inom ortopedin finns ansvariga utsedda för olika vårdprogram. Inom barn- och ungdomsmedicin tillämpas en teamindelning (14 team) och varje team har ansvar för en eller flera patientgrupper och även här finns beskrivning av arbetssätten för de stora patientgrupperna. Inom primärvården (och då främst utifrån intervjuer på regiondrivna hälsocentraler) har vi förstått att det för en stor del av arbetet med de största patientgrupperna finns en grundläggande överenskommelse kring hur patienterna ska behandlas. Tydligheten kring detta liksom i vilken grad arbetssätten är dokumenterade varierar mellan olika patientgrupper.

I nästa led har vi efterfrågat hur ansvarsfördelningen ser ut och har då uppfattat att en sådan i huvudsak finns för de områden som är identifierade. Däremot är det inte så tydligt uttalat vad detta ansvar innebär. Vi har inte funnit något exempel där ansvaret för en kärnprocess/patientgrupp har uttryckts som:

- Säkerställa att en aktuell beskrivning finns av arbetssätt för aktuell process / patientgrupp
- Föreslå mål för processen
- Följa upp och påtala brister kring att arbetssätten används
- Följa upp processens utfall
- Föreslå förbättringar

Ansvariga för vårdprogram inom ortopedin och teamansvariga inom barn- och ungdomsmedicin gör enligt de intervjuade en hel del av ovanstående trots att ansvaret inte är helt tydliggjort.

När det gäller uppföljning sker detta för flera av de processer som har ansvariga men inte utifrån en särskild rutin om uppföljning och utvärdering. Områdesansvariga menar att dagens uppföljning inte ger en komplett bild av hur kärnprocesserna fungerar. I flera fall är det ändå uppenbart att förbättringar behöver vidtas och då vanligen utifrån att jämförelser kunnat göras med liknande verksamheter.

Av intervjuerna med hälsocentralerna har framkommit att systematiken kring ansvarsfördelning och uppföljning varierar mellan olika hälsocentraler.

4.2.3 Egenkontroll

Egenkontroll avseende kärnprocesser har beskrivits i avsnittet ovan.

Beträffande den regiongemensamma checklistan för egenkontroll så känner de intervjuade till den men de använder den inte. En av de intervjuade uppger att delar av den har använts medan de flesta menar att den är för omfattande och har för svagt fokus på kvalitet. De upplever den inte som ett stöd.

4.2.4 Riskanalyser och avvikelshantering

Den bild som framkommer på områdesledningsnivå är snarlik den som återgivits för regionledningsnivån. Riskanalyser bör användas mer för att i förväg identifiera och motverka svårigheter att nå goda resultat i hälso- och sjukvården. Främst används riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar och då arbetsmiljölagen kräver det. Även inom avvikelshantering finns stora likheter med det som framkom i intervjuer på regionledningsnivå. System och rutiner finns och används. Arbetet kan bli mer systematiskt och främst när det gäller att se samband utifrån flera datakällor. I sammanhanget kan också nämnas att i en tidigare enkät som landstingets revisorer genomfört, uppgav 71% av cheferna att avvikelssystem inte ger ett gott stöd i att följa upp avvikelser.

4.2.5 Förbättringsarbete

Primärvårdschefen förklarar att grunderna för förbättringsåtgärder är nyckeltal och uppföljning från hälsovalet. Detta behöver dock utvecklas. Det handlar om allt från tillgänglighetsmätning till målvärden för diabetespatienter och genomförda hälsosamtal. Representanter från barn- och ungdomsmedicin har diskuterat hur mycket styrdokumentet faktiskt styr processerna. Systematiken i förbättringsarbetet kan utvecklas även här. De upplever att de ofta finns grund för de förbättringsinitiativ som sker men att förbättringsarbetet skulle kunna vila på fastare grund om de hade en mer komplett bild av verksamhetens utfall. Sjuksköterskebristen påverkar även möjligheterna att bedriva förbättringsarbete. Inom ortopedin tar verksamheten sats för förbättringar utifrån jämförelser med andra.

Det finns idag ingen samlad utvärdering på områdesnivå av genomförda förbättringsprojekt i syfte att lära sig av helheten.

4.2.6 Kommentarer och bedömningar

På områdesledningsnivå ses ledningssystemet i första hand som ett dokumenthanterings-system. I den vidare diskussionen blir det dock tydligt att det sker en hel del arbete med det mest centrala i ledningssystemet – kärnprocesserna. Det finns fortsatt ett arbete att göra innan en tillräcklig identifiering skett av kärnprocesser men i detta avseende finns en god grund. Ansvar för processer kan förtydligas ytterligare liksom systematiken i att följa upp och besluta om förbättringsarbete.

Utifrån diskussionen med företrädare på områdesledningsnivå bli det tydligt att regionens ledningssystem har ett glapp kopplat till kärnprocesser. I ledningssystemet (eller om man så vill, i styrningen av Regionen) efterfrågas inte systematisk och heltäckande information om hur kärnprocesserna fungerar. Detta leder till att information saknas på regionnivå för att få en mer heltäckande bild av hur hälso- och sjukvården fungerar. Att detta inte efterfrågas skapar inte heller ett tryck på områdeschefer att vidareutveckla eller komplettera processororienteringen inom de delar där en sådan är outvecklad.

I flera avseenden ger områdesansvariga en liknande bild av arbetet med ledningssystemet som den som företrädare på regionledningsnivå gett. Detta gäller t.ex. arbetet med förbättringar där grunden ofta är jämförelser med andra.

Enskilda förbättringsarbeten följs ofta upp men däremot har det inte framkommit att en mer samlad uppföljning sker på områdesnivå. I ett hypotetiskt exempel kan nio av tio förbättringsinitiativ ha lett till faktiska förbättringar och därmed är allt till belåtenhet. Om däremot förbättringar uteblivit i många fall, behöver verksamheten se över sina rutiner för att identifiera förbättringsområden och även se över hur förbättringsprojekt bedrivs.

4.3 Enhetsnivå

4.3.1 Synen på vad ett ledningssystem för kvalitet är

De intervjuade på enheterna ger en ganska blandad bild av hur de ser på vad ett ledningssystem är. *Ett sätt att styra verksamheten* kommer upp och ganska mycket utifrån styrning av de mål som ges i regionplanen. Flera av de intervjuade uppger att de inte har någon direkt bild av vad ett ledningssystem är. Precis som i många andra intervjuer kommer även dokumenthanteringssystemet upp liksom de problem som användarna upplever med att hitta i systemet. Personal i primärvården beskrev systemet som en ständig källa till frustration. Inom ortopedkliniken har svårigheterna som användarna upplever inneburit att de mest väsentliga dokumenten skrivs ut och placeras i pärmar för att ha snabb tillgång till dem.

4.3.2 Processororientering

Svaren i denna del är identiska med det som beskrivits i avsnitt 4.2.2.

4.3.3 Egenkontroll

Checklistan för egenkontroll är inte särskilt känd bland de intervjuade. En av enhetscheferna som intervjuats använder listan.

Många men inte alla kärnprocesser följs upp. Ansvar ligger ute bland team eller andra ansvariga. Ofta förs diskussioner om hur arbetet är upplagt och hur bra vården blir för olika patientgrupper. Det saknas enligt de intervjuade ändå en tydlig systematik i detta. Det har t.ex. inte framkommit att det i botten finns en skriftlig rutin som anger hur uppföljning ska ske och dokumenteras. Inom primärvården finns för vissa större patientgrupper ansvariga på regionnivå. De har ansvar för att det finns en aktuell beskrivning och för att resultatuppföljning sker samt för att föreslå förbättringar. Resultaten diskuteras på enhetsnivå (enskild hälsocentral).

4.3.4 Riskanalyser och avvikelshantering

I intervjuerna på enhetsnivå framkommer från de flesta konkreta exempel på genomförda riskanalyser. Detta gäller både riskanalyser kopplade till verksamhetsförändringar och riskanalyser kring andra förhållanden såsom införande av SMS-påminnelser, patientbehandling, sommarplanering och sårbarhet kring viktiga IT-system. I diskussionen menar flera ändå att deras arbete kan stärkas med att riskanalysera verksamheten mer generellt utifrån risker att de inte når goda resultat för sina patienter.

Rutiner för avvikelshantering och klagomål finns genomgående. Några av de intervjuade menar dock att rutinerna inte alltid följs. Ibland följs avvikelser upp i diskussion men fångas inte i dokumentationen (t.ex. i avvikelssystemet eller som en händelseanalys). Flera exempel kommer även fram på att enheterna har använt avvikelser eller klagomål som utgångspunkt för att vidta konkreta förbättringsåtgärder.

I flera fall sker journalgranskning som underlag för att belysa vad som skett för att sedan avgöra hur de ska gå vidare. Journalgranskning upplevs fungera väl, framförallt för att hitta förbättringsområden.

4.3.5 Förbättringsarbete

Förbättringsarbete genomförs på samtliga intervjuade enheter. Ofta är grunden hämtade från jämförelser med andra eller avvikelser och egna analyser av dessa. En del förbättringsinitiativ kommer till enheterna som uppdrag uppifrån.

En synpunkt som framförs är att det inte alltid är klart vilka mål som gäller (för olika kärnprocesser / patientgrupper), därmed är det svårare att bestämma förbättringsåtgärder grundat på fakta.

4.3.6 Kommentarer och bedömningar

De intervjuade på enheterna ger en splittrad bild av vad ett ledningssystem är. Det finns förstås inget självändamål med att veta detta. Däremot behöver de komponenter som Socialstyrelsen föreskriver (dvs. beståndsdelarna i ett systematiskt kvalitetsarbete) vara kända och tillämpade. Det är inte främst dessa beståndsdelar som kommer upp i våra intervjuer.

Att de intervjuade anser dokumenthanteringssystemet vara svåränvänt förstärks ytterligare på enhetsnivån.

Det finns en indelning av verksamheten utifrån vilka huvudsakliga patientgrupper (kärnprocesser) olika verksamheter har ansvar för. Indelningen är ganska komplett i detta avseende. När det gäller att fördela ansvar för olika kärnprocesser så finns detta också men inte lika heltäckande. Vi förstår det som att beskrivningar av hur arbetet ska ske för olika patientgrupper finns i ungefär samma grad och att beskrivningarna i vissa fall inte är helt aktuella. I lägre grad har mål satts upp för vad som utmärker att arbetet med patientgruppen är tillräckligt bra. Förbättringsinitiativ identifieras delvis genom jämförelser med andra delvis utifrån avvikelser/klagomål m.m. Det är idag inte möjligt att få en komplett bild av hur bra en verksamhets / enhets samtliga processer fungerar.

Det finns en del förbättringsmöjligheter relativt kravet i föreskriften att det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

4.4 Ledningens genomgång

Begreppet ledningens genomgång är hämtat ifrån ISO-standarderna för ledningssystem och är ett forum där ledningen regelbundet träffas för att följa upp verksamheten och ledningssystemets funktion. I Regionen finns detta forum både på region- och förvaltningsnivå. Mötena har tillkommit som en del i ledningssystemet. Vi har tagit del av protokoll från ett sådant möte på regionledningsnivå och två för hälso- och sjukvården år 2016.

Av protokollet framgår att det finns en tydlig struktur genom en fast dagordning. Vid ledningens genomgång går regionens samtliga ledningssystem igenom. Vid sidan av kvaliteten är detta miljö, informationssäkerhet och arbetsmiljö.

Effektivitet i kärnprocesser (för hälso- och sjukvård är detta i hög grad kliniska processer) diskuteras i liten grad och i förekommande fall främst utifrån utfall avseende kvalitet i Öppna jämförelser och Socialstyrelsens målnivåer för vissa indikatorer. Det framgår att uppföljningsresultat avseende regionplanens strategiska mål diskuteras samt att checklistan för egenkontroll används av internrevisionen för viss uppföljning. Även patientsäkerhet finns med bland de teman som tas upp.

Funktionalitet och resursåtgång för lednings- och stödprocesser diskuteras inte alls i det protokoll från ledningens genomgång på regionnivå som vi tagit del av. Av protokollet framgår att regionledningen bedömer att ledningssystemet är lämpligt och verkningsfullt men inte tillräckligt då det saknas dokumentation. Det framgår inte vad regionledningens

bedömning vilar på t.ex. avseende ledningssystemets verkningsfullhet. Det framgår också att systemet inte är tillräckligt p.g.a. att dokumentation saknas. Protokollet ger också informationen att ledningssystemet inte är tillräckligt känt och därför inte används i tillräcklig omfattning.

Från intervjuer med personer på regionnivå (som deltar i ledningens genomgång) framkommer att ledningens genomgång generellt anses vara ett bra forum. Tf regiondirektören upplever också att forumet är något trevande, framförallt i beslutsläget. Hon håller med om att det saknas diskussioner om hur bra processerna är. Det är något som även regionstabschefen håller med om. Hälso- och sjukvårdsdirektören menar att det saknas en enighet kring varför forumet finns. Hon berättar även att det förs mer diskussioner om hur hälso- och sjukvårdens processer fungerar i ett annat forum - hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

4.4.1 Kommentarer och bedömningar

Regionen har haft goda syften med att tillskapa forumet ledningens genomgång. Dagens användning eller tillämpning av dessa forum reser dock en del frågor. Som beskrivits ovan är företeelsen ledningens genomgång hämtad från ISO-världen. Att inspireras härifrån är mycket lämpligt då det finns flera områden som konkretiserats betydligt mer i ISO-standarden för ledningssystem än i socialstyrelsens föreskrift. Ett sådant är att ledningen behöver diskutera ”processers prestanda”. Med andra ord hur väl processerna lever upp till krav på kvalitet och resursåtgång. Inom hälso- och sjukvården brukar begreppet ”effektivitet” vanligen användas. ISO-standarden har tagit med diskussion av processers prestanda som ett stående punkt på dagordningen i det ledningsforum som kallas ledningens genomgång.

Som beskrivits ovan är dock processer och deras effektivitet endast ett mindre inslag i ledningens genomgång i Region Jämtland Härjedalen.

Av protokollet framgår att regionledningen bedömer att ledningssystemet är lämpligt och verkningsfullt men inte tillräckligt då det saknas dokumentation. Vi väljer här att bara föra ett resonemang utifrån den första av dessa bedömningar. Att i ledningens genomgång göra dessa bedömningar är också hämtat från ISO-standarden och samtidigt högst relevant även sett till SOSFS 2011:9.

Att bedöma *lämpligheten* handlar rimligen om att bedöma om ledningssystemet har en struktur och en form som är lätt att använda för dem det är till för. Ett ledningssystem som är lämpligt bör även ge svar på sådant som är viktigt – t.ex. hur effektiva olika processer är.

Innan det blir möjligt att bedöma *lämpligheten* på ett sakligt sätt behöver Regionens ledningssystem utvecklas i flera avseenden. Vi har i tidigare avsnitt beskrivit att kärnprocesser i hög grad har identifierats på verksamhetsnivå och även har dokumenterats i nästan samma grad. Däremot saknas en tydlig ansvarsfördelning i många fall liksom överenskomna mål och kunskap om processers effektivitet. I granskningen har inte heller kommit fram hur den operativa nivåns information om processers effektivitet omvandlas till systemmått på regionnivå.

Ett viktigt stöd i arbetet är att från regionnivån tillhandahålla metoder och metodstöd i arbetet med processororientering. Ett annat är att det ska vara lätt för personal i hälso- och sjukvården att hitta olika dokument som gör det lätt att göra rätt. Brister kring de delar som beskrivits här har kommit fram i granskningen och vi har mot den bakgrunden svårt att dela regionledningens bedömning att ledningssystemet är lämpligt.

4.5 Patientsäkerhetsberättelse och andra uppföljningar av kvalitetsutfall

Ledningssystemsföreskriften ställer krav på att vårdgivaren årligen och senast den 1 mars ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Föreskriften ger även det ”allmänna rådet” (obs ej förskrift) att vårdgivaren varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

4.5.1 Patientsäkerhetsberättelse

Vi har tagit del av den senaste patientsäkerhetsberättelsen (avser år 2015). Den innehåller i själva resultatdelen en genomgång av utfall inom följande områden: Avvikelser, Läkemedel, Enskildas klagomål (IVO), Patientnämndsärenden, Markörbaserad journalgranskning, VRI och basala hygienregler, Vårdprevention och Övrigt.

I det efterföljande analysavsnittet diskuteras vissa av dessa resultat. I det avslutande avsnittet presenteras vissa åtgärder för kommande år.

4.5.2 Vårdgivarens kvalitetsuppföljning

Vi har i denna granskning inte fått fram att Regionen sammanställer en sådan årlig sammanhållen kvalitetsberättelse som tas upp som ett allmänt råd i SOSFS 2011:9.

Regionens styrmodell innebär att mål och indikatorer finns för fyra områden, samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Dessa blir föremål för uppföljning under året och i årsredovisningen. Regionstyrelsens årsuppföljning innehåller även analyser inom områdena God hälsa och positiv livsmiljö, Bättre kvalitet i vården, Patientsäkerhet, Vård i rimlig tid, Läkemedel, Riks- och regionsjukvård, Vårdval och privata vårdgivare, Tandvård och FoUU. Analyserna beskriver vad som uppnåtts inom respektive analysområde samt nya utmaningar och utvecklingsområden.

Denna styrning och uppföljning utgår främst ifrån de mål som beslutats i regionplanen och här sker uppföljning och återrapportering av uppställda mål.

Styrning och uppföljning av kärnprocesser på övergripande nivå sker på följande sätt i regionen:

- I ledningens genomgång (hälso- och sjukvård) men bara sporadiskt enligt mötesprotokoll.

- I hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och då i hög grad utifrån publicering av utfall i Vården i siffror (tidigare Öppna jämförelser). Hälso- och sjukvårdsdirektören menar dock att det som lyfts här i regel utgår ifrån att regionens utfall är sämre än väntat. Åtgärder för enskilda processer har i vissa fall diskuterats och beslutats.

Det har inte framkommit att det sker en systematisk styrning och uppföljning av lednings- och stödprocessers effektivitet.

4.5.3 Kommentarer och bedömningar

Det finns en koppling mellan resultaten som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen, åtgärder och det som tagits upp i forumet ledningens genomgång under 2016. Detta påvisar att styrkedjan i denna del fungerar.

Kopplingen mellan resultat, analys och åtgärder i patientsäkerhetsberättelsen är inte tydlig. Det går därför inte genomgående att följa varför en viss åtgärd föreslås. Vi har i flera intervjuer, bl.a. med chefläkaren, förstått att en samlad analys av olika datakällor också kan ge mer information om möjliga förbättringar.

Regionen upprättar inte en sådan årlig kvalitetsberättelse som föreskriften rekommenderar. Överhuvudtaget är det svårt att få en samlad bild av hur effektiv hälso- och sjukvården är. En del i regionens ledningssystem som är välutvecklad är styrningen och uppföljningen av de mål som ges med regionplanen. Som delkomponent i regionens ledningssystem är detta en tydlig del där en röd tråd finns mellan mål/uppdrag – genomförande – uppföljning – återredovisning och nya mål/uppdrag. Verksamhetens processer och hur väl de enskilt och sammantaget åstadkommer en god vård har däremot inte en framträdande plats i styrningen. I vissa stycken ingår detta i den styrning som utgår ifrån regionplanen men långt ifrån i tillräcklig omfattning.

4.6 Enkät och GAP-analys / självskattning

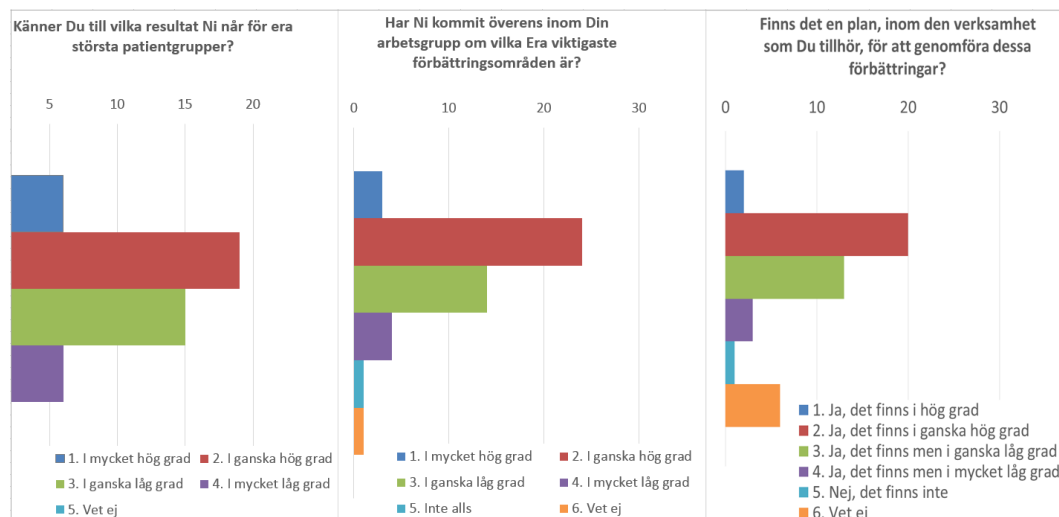
Inom ramen för detta revisionsprojekt har två separata undersökningar genomförts där anställda i regionen besvarat frågor.

4.6.1 Enkät

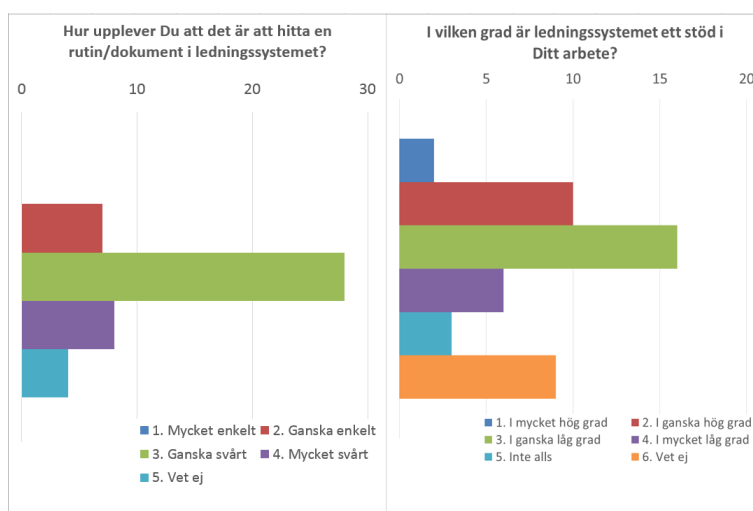
Revisionskontoret har som en del i denna granskning genomfört en enkätundersökning. Enkätens fem frågor besvarades av 46 anställda.

De tillfrågade har varit ett urval läkare, barnmorskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor inom de verksamheter som ingår i denna granskning. Den första frågan i enkäten var: ”Känner Du till vilka resultat Ni når för era största patientgrupper?”. På denna fråga var det strax över hälften av de svarande som angav att de kände till resultatet i mycket eller ganska hög grad. Nästa fråga var: ”Har ni kommit överens inom Din arbetsgrupp om vilka Era viktigaste förbättringsområden är?”. På den frågan har 60 % svarat att en sådan överenskommelse finns i mycket eller ganska hög grad. Den tredje frågan gällde

om det finns en plan inom verksamheten för att genomföra dessa förbättringar. Av de som svarat menar hälften att det finns en sådan plan i ganska hög eller hög grad. Det var även 15 % som svarade att de inte visste om det finns en plan.



Vad gäller de två avslutande frågorna låg fokus mer på dokumenthanteringen. Ingen av de svarande upplever att det är mycket enkelt att hitta rutiner/dokument i systemet. Över 85 % svarade att det är ganska eller mycket svårt att hitta rutiner/dokument alternativt att de inte vet. Den avslutande frågan gällde om personalen uppfattar ledningssystemet som ett stöd i sitt arbete. Knappt 20 % svarade att de inte vet och 50 % svarade att det är ett stöd i ganska låg eller mycket låg grad. 7 % svarade att det inte alls är ett stöd.



4.6.2 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet

Vi har bett fem övergripande företrädare för hela eller delar av sjukvården i regionen att göra en självskattning av olika förhållanden i regionens ledningssystem.

Frågorna / påståendena har koppling direkt till föreskriften eller till de stöd- och vägledningsdokument som utarbetats av SKL och Socialstyrelsen. Genomgående har svarsalternativen varit följande:

- Stämmer och tillämpas fullt ut
- Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister
- Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov

En sammanställning av svaren finns i bilaga 3.

Generellt har de svarande bedömt att regionens arbete motsvarar det första och det andra av svarsalternativet med en tyngdpunkt på det andra, dvs ”Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister”. Det som skattas som bäst av de svarande är den del av patientsäkerhetsområdet som handlar om system för avvikelser, synpunkter, händelser. Det tredje svarsalternativet har inte använts alls.

4.6.3 Kommentarer och bedömningar

Enkäten till vårdens personal har ett stort bortfall. Närmare 40% av de som fick enkäten har inte svarat. Genomförd bortfallsanalys ger inte några entydiga svar om att bortfallet är snedfördelat.

Vår tolkning av utfallet är främst två:

1) Enkäten stödjer den bild som kraftigt framkommit i intervjuer att dokumenthanterings-systemet är svårt att använda. Detta bygger vi på den fjärde frågan som av respondenterna får lägst omdöme av de fem frågorna.

2) Att enkätresultatet på de tre första frågorna indikerar att systematiken i regionens kvalitetsledningssystem behöver stärkas. En generell ambition bör vara att en klart högre andel känner till vilka resultat man når, vilka förbättringar som ska genomföras och hur.

GAP-analysen återger bilden att regionen behöver vidareutveckla ledningssystemet på flera punkter men inte i första hand inom patientsäkerhetsområdet. Vi delar bilden av att detta är ett starkare område än andra. De förbättringar som ändå bör komma till stånd inom patientsäkerhetsområdet har kommenterats i avsnittet om patientsäkerhet.

5. Övergripande kommentarer och slutsatser

Status och utvecklingsbehov för ledningssystemet

På enhetsnivå har arbetet med processororientering kommit en god bit på väg. Många kärnprocesser är dokumenterade och har utsett ansvarig för att hålla dokumentationen aktuell. Vad ansvaret i övrigt innebär är oftast inte tydliggjort. Hur bra dessa processer fungerar

diskuteras på team-/enhets- och områdesnivå och förbättringar vidtas. Det har däremot inte framkommit att det sker en systematisk rapportering vidare till regionnivå av hur kärnprocesser fungerar. Den uppföljning och diskussion som sker på regionnivå initieras främst av att uppgifter publiceras i nationella datakällor (t.ex. Vården i siffror).

I denna del behöver Regionen klargöra sin ambitionsnivå för kvalitetsledning. Bland annat följande frågor bör hanteras för att komma vidare:

- Hur identifieras samtliga processer som ska ingå i regionens processinriktade arbete?
- Vilket ansvar har den som ansvarar för en process?
- Hur utses ansvariga för de kärnprocesser som idag saknar en sådan?
- Hur ska processer beskrivas i Regionen?
- Hur bestäms mål för processer?
- Hur sker uppföljning och förbättring?
- Hur kopplas ledningssystemet på verksamhetsnivå ihop med ledningssystemet på regionnivå? (Denna koppling är redan tydlig avseende mål i regionplanen däremot saknas en tydlig koppling mellan nivåerna för kärnprocessers effektivitet.)

Vad vi förstår har ingen idag tilldelats uppgiften att driva ledningssystemfrågan framåt. En sådan person bör utses.

Att regelbundet fundera över hur ledningssystemet fungerar och vilken vidareutveckling som krävs är en fråga som ska hanteras i forumet ledningens genomgång. En konkret utvecklingsplan för ledningssystemet kan utarbetas med utgångspunkt i bl.a. ovanstående frågor. Forumet kan vara styrgrupp för utvecklingsarbetet. Vartefter processer identifieras, beskrivs, målsätts och följs upp kan sedan forumet börja arbeta enligt de ursprungliga intentionerna – att stå för den övergripande styrningen.

I texten ovan har kärnprocesserna diskuterats. Regionen behöver dock applicera detta tänkande även för lednings- och stödprocesser. Främst är det tydliggörande av vad processansvar innebär, sätta mål, följa upp och utvärdera dessa samt att arbeta med ständiga förbättringar för lednings- och stödprocesser som Regionen bör komplettera med.

Ledningssystemet som informationskälla och beslutsstöd

Vi har ovan beskrivit att dagens utformning och innehåll i ledningssystemet inte ger en helhetsbild av hur hälso- och sjukvården i Regionen fungerar. Idag används den information som finns tillgänglig och med dessa utgångspunkter finns inga skäl att ifrågasätta att bästa möjliga beslut fattas om utveckling och förbättring. Men så länge inte en mer komplett bild finns av hur alla viktiga processer fungerar så finns risk att resurser inte fördelas på bästa sätt och att utvecklingsinsatser sker inom fel områden.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet är relativt välutvecklat i Regionen. Användning av information från olika datakälla sker med systematik (dock anser många chefer att avvikelssystemet inte är ett bra stöd i arbetet med att följa upp avvikelser) och förbättringsområden identifieras främst med koppling till respektive datakälla. Utmaningen är att lyfta analys och systematik och se samband som bara framträder när information från alla datakällor läggs samman.

Checklista egenkontroll

Regionen använder en i många stycken tydlig checklista för egenkontroll. Den är ett chefsverktyg men många chefer anser att den är väldigt omfattande. Vi ser fördelar med att bryta loss de delar som handlar om ledningssystem för kvalitet. Detta för att göra det lättare för chefer att fokusera detta viktiga område. De krävs också ett tillägg av frågor som kopplar direkt till de luckor som regionen har i sitt ledningssystem dvs. frågor om identifiering, kartläggning och förbättringsarbete kopplat till kärnprocesser. Med dessa ändringar blir checklistan även ett stöd i att åstadkomma den utveckling av regionens ledningssystem som beskrivits ovan.

Dokumenthanteringssystemet

Dokument- och avvikelshanteringssystemet Centuri har genomgående⁴ under intervjuerna beskrivits som ett bekymmer. Flera har påpekat att det redan från början skapades problem då varje enskild enhet fick bygga upp sin egen struktur i Centuri. Det har lett till svårigheter att hitta i systemet. Personal i primärvården beskrev systemet som en ständig källa till frustration. Framförallt uttrycker de att det är svårt att hitta det man söker. Detta leder till att personal tvingas be om hjälp vilket är tidskrävande. De ovan beskrivna problemen har till exempel inneburit att personal på ortopedkliniken skrivit ut de mest väsentliga dokumenten och placerat dem i pärmar för att ha snabb tillgång till dokumenten. Svårigheterna att använda systemet bekräftas i den enkät som genomfört inom ramen för denna granskning, se nästa avsnitt.

Vår bedömning är att Centuri idag inte är ett gott stöd i verksamheternas arbete. Förbättringar kring både sökmotorn och systemets användargränssnitt planeras under 2017 liksom utbildningar av användare. Under våren 2017 planeras en utbildningsinsats kring hur Centuri ska användas.

Förutsatt att de planerade förbättringarna också innebär att dokument kan sökas fram utifrån den logik som användare i hälso- och sjukvården följer, kan Centuri bli ett välkommet stöd i verksamheternas arbete att tillhandahålla god vård.

Utbildningsinsatsning kan sedan eventuellt ske i det förbättrade systemet. Det är inte en utopisk tanke att ett lättanvänt system inte ens kräver någon särskild utbildning.

⁴ Ansvariga för ledningssystemet / Centuri delar inte denna negativa bild utan menar att det främst är de som inte genomgått utbildning i systemet som anser att det är svåränvänt.

6. Revisionsfrågor och svar

I detta avsnitt återges och besvaras samtliga revisionsfrågor.

Är kvalitetsbegreppet definierat på ett tillfredsställande sätt?

Både ja och nej. Regionen har i sin kvalitetsstrategi tagit viktiga övergripande beslut om kvalitet och kvalitetsledning. Detta är en viktig utgångspunkt. Däremot saknas en mer konkret uttolkning av hur Regionen ska arbeta ”processinriktat”.

Den riktigt konkreta definitionen av kvalitetsbegreppet kan endast göras i relation till respektive process. Kopplat till respektive kärnprocess (patientgrupp) kan målen ge uttryck för den konkreta kvalitetsambitionen. En sådan tydlighet finns ännu endast för ett fåtal processer.

Innehåller ledningssystemet de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?

Delvis. Kärnprocesser har i hög grad men inte heltäckande identifierats och beskrivits på verksamhetsnivå. Rutiner för systematisk uppföljning och förbättring finns på verksamhetsnivå och på områdesledningsnivå men är vanligen inte dokumenterade. Ingen systematisk rapportering förekommer till regionnivån av kärnprocessers effektivitet.

Finns rutiner för att fortlöpande bedöma om det finns risker i verksamheten och som skulle kunna medföra brister i verksamhetens kvaliteter?

Ja en regiongemensam rutin finns. Den används alltid i samband med verksamhetsförändringar. Riskanalyser bör oftare göras för att bedöma risker kopplade till att vården inte lever upp till krav på god vård.

Finns dokumenterade rutiner för att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och rutiner?

På verksamhetsnivå finns det enligt de intervjuade rutiner för att säkra att gällande arbetsätt används men de är sällan dokumenterade. Diskussioner förs vid t.ex. APT eller läkarmöten i om i vilken grad gällande arbetssätt följs. Ansvaret för att detta sker behöver klargöras.

Regionens checklista för egenkontroll finns som verktyg i detta men den behöver kompletteras med frågor om kärnprocesser och hur dessa efterlevs.

Finns dokumenterade rutiner för att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten?

Både ja och nej. Dokumenterade rutiner finns i den delen av ledningssystemet som handlar om att säkra att mål beslutade i regionplanen blir föremål för styrning och uppföljning. När det gäller en mer generell uppföljning av kvalitet i regionens hälso- och sjukvård så saknas i hög grad dokumenterade rutiner. Rutiner finns dock och uppföljning och utvärdering sker av kärnprocesser på verksamhets- och områdesledningsnivå. Däremot kan

systematiken stärkas. Rutiner saknas för att till regionnivån systematiskt lyfta upp hur kärnprocesser fungerar.

Finns dokumenterade rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?

Ja detta finns.

Finns rutiner för att sammanställa och analysera rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet?

Ja, detta finns.

Sker ett systematiskt tillvaratagande av vad som framkommer från riskanalyser och rapporter, klagomål och synpunkter för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet?

Ja detta sker men främst i relation till respektive datakälla. Nästa steg är att identifiera behov av förbättringar som framträder när en samlad analys sker av alla datakällor. Det finns också skäl att vara tydligare i patientsäkerhetsberättelsen med varför olika förbättringsinitiativ föreslås.

Finns en tillfredsställande kännedom hos berörd personal om ledningssystemets olika delar?

Generellt sett ser vi att Regionen bör ha en diskussion på alla nivåer om vad ett ledningssystem är (kravet) och hur detta i praktiken ska förverkligas. Det framstår som att det för många är relativt oklart vad ett ledningssystem mer konkret är. Vi har i intervjuerna genomgående ställt frågan "Vad är ledningssystem för dig?" Många menar att det är ungefär *Hur regionen styrs*. Många har också satt likhetstecken mellan ledningssystem och dokumenthanteringssystemet. En tredje grupp av svar kan sägas vara att de svarande inte egentligen alls är bekanta med begreppet.

Uppfattas ledningssystemet utgöra ett stöd i kvalitetsarbetet av berörd personal?

Vår, och definitivt nästan samtliga intervjuades, bedömning är att nuvarande dokumenthanteringssystem inte är ett fullgott stöd. Detta är dock endast en del i ledningssystemet. Vår uppfattning är att många är nöjda med den systematik och tydlighet som åstadkommit kring styrning och uppföljning av de mål som beslutas i regionplanen. Där-
emot finns betydligt mer att göra för att ledningssystemet ska uppfattas som ett stöd i arbetet med kärnprocesser.

Andreas Endredi
Uppdragsansvarig

Örjan Garpenholt
Konsult/Specialist



Region Jämtland Härjedalen
Revisionsrapport
Granskning av ledningssystem
2017-03-23

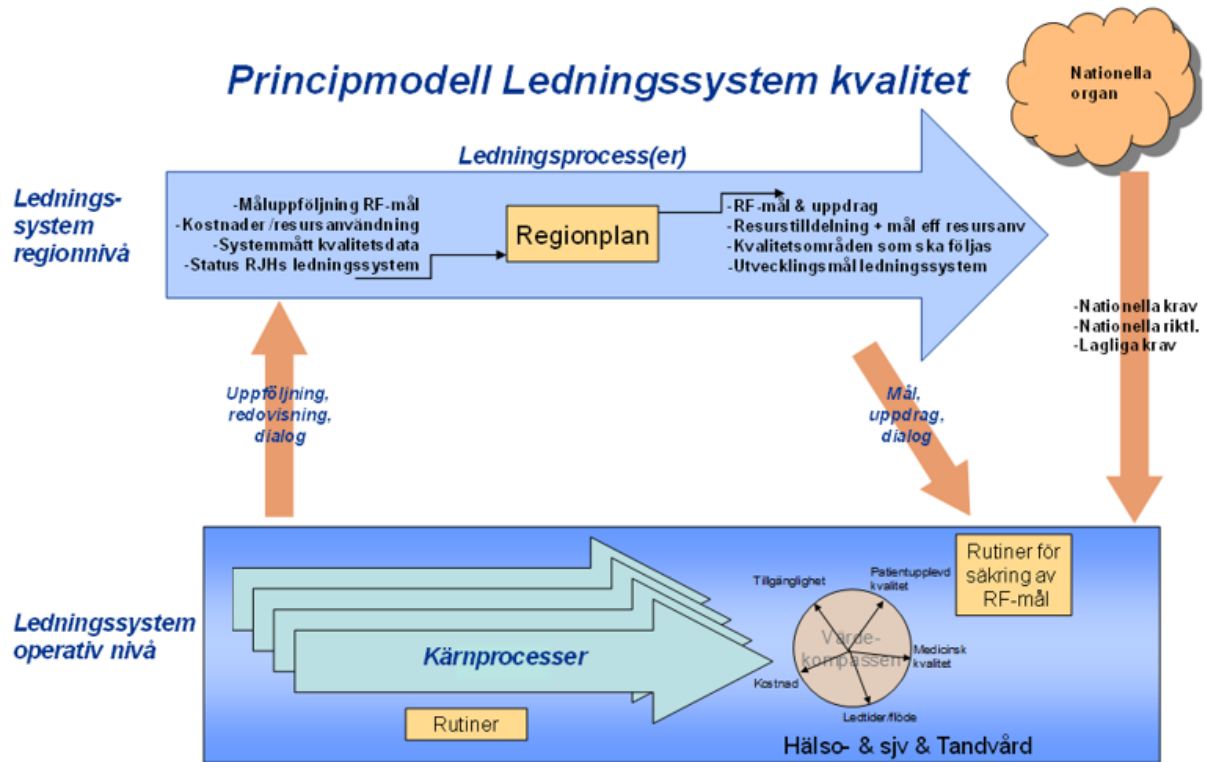
Bilaga 1 Våra utgångspunkter – KPMGs syn på ledningssystem

Ledningssystemet är till för att skapa en systematisk styrning och uppföljning av all berörd verksamhet i Region Jämtland/Härjedalen i syfte att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Många organisationer använder också en konkret ambition kopplad till arbetet som handlar om att förbättra ordning och reda så att det blir *lätt att göra rätt*.

Att regionens ordinarie ledningsprocess är integrerad i ledningssystemet är oerhört centralt. Dessvärre finns många exempel i landstingssverige på att så inte skett. Erfarenheten är att detta är ineffektivt och att ledningssystemet inte blir varaktigt under sådana förutsättningar.

Den föreskrift som gäller sedan 1 januari 2012 (SOSFS 2011:9) har bl.a. lyft fram betydelsen av att styra processer i verksamheten. Detta är ett viktigt förtydligande relativt den föregående föreskriften och ligger i linje med modern verksamhetsledning. Det finns många definitioner av begreppet process. En som på senare tid vunnit gillande på många håll är denna: *En kedja av aktiviteter i ett återkommande flöde som skapar värde för en kund*.

Att systematiskt styra processer ställer krav på en mer sofistikerad styrning än den som vanligen används i landstingssverige. Vår utgångspunkt är att ledningssystemet måste utgå ifrån ett processorienterat synsätt eller processorientering. Vi har i den schematiska bilden nedan beskrivit ett sådant ledningssystem och dess huvudbeståndsdelar. Det finns inget uttalat krav i föreskriften att använda just Värdekompassens dimensioner kring kvalitet i kärnprocesser däremot kan det anses lämpligt. Skälet är att detta är ett verktyg som i flera viktiga dimensioner kan användas för att beskriva det värde som en process skapar för en kund (t.ex. en patientgrupp). Poängen är att komma vidare ifrån den tämligen enbenta budgetstyrning som är vanlig i sjukvården. Ett alternativ till Värdekompassen som används på sina håll är Värdebaserad vård.



Hälsa- och sjukvårdens arbete bedrivs i processer men det kan vara mer eller mindre systematiskt utformat utifrån att säkerställa god vård för viktiga patientgrupper. Den nya förskriften har lyft in processbegreppet som centralt i ledningssystemet. Kärnprocesserna är de processer som levererar värde till de som verksamheten är till för – patienten. För att göra processbegreppet meningsfullt och användbart i ett landsting eller en region krävs utbildning och utvecklingsarbete. Processororientering går ut på att anamma den begreppsapparat och den logik som processer bygger på. Enligt denna logik bedrivs sjukvården i processer, oavsett om den är indelad och beskriven på detta sätt. Önskvärt är dock att kartlägga vilka processer som finns, beskriva dem (arbetsätt) sätta mål för processer och fördela ansvar för dem och för hur de ska följas upp och förbättras. En öppenhet behövs för att all sjukvårdsverksamhet inte kan fasas in i processororientering på detta sätt. Rimligen bör ett hälsa- och sjukvårdssystem kunna beskrivas som bestående av några hundra kärnprocesser (de flesta rimligen indelade utifrån patientgrupper men även annan indelningsgrund är fullt möjlig, t.ex. kan akut omhändertagande vara en kärnprocess). Kanske kan då 70-80% av hälsa- och sjukvården processororienteras på detta sätt.

En utmaning som nästan all offentlig verksamhet har, inte minst hälsa- och sjukvården, är att de samlade styrsignalerna ofta är många. Sjukvården har vid sidan av de mål och uppdrag som ges av de egna politiska organen, även att förhålla sig till en rad nationella mål, professionella riktlinjer och lagliga krav. Allt detta ska hanteras i ledningssystemet.

Ett mycket tydligt fokus i kvalitetsledningssystemet inom hälso- och sjukvården faller därför på kärnprocesser och styrningen av de värden som dessa ska skapa för patienter och samhället.

En utmaning som behöver lösas på högsta ledningsnivå är hur ledningssystemet på den operativa nivån (verksamheten, dvs. där sjukvård ges till patienter) ska samverka med ledningssystemet på strategisk nivå. Sannolikt är en viktig del i lösningen att arbeta med systemmått och rapportering av kärnprocesser utifrån avvikelser relativt en överenskommen nivå på kvalitet och resursåtgång (effektivitet).

Relationen till andra ledningssystem behöver också beröras. Vanligtvis har landstingen i Sverige kommit längre med att etablera ledningssystem inom miljö, arbetsmiljö och säkerhet än inom kvalitet. Hur ledningssystemen ska relatera till varandra behöver beröras när kvalitetsledningssystem etablerats. Det är viktigt att klargöra att kvalitet utifrån det perspektiv som berörs i SOSFS 2011:9 har en särställning i förhållande till de övriga områdena. Kärnan i regionens uppdrag är att leverera goda hälso- och sjukvårds- och tandvårdstjänster till patienter och till samhället. Kvaliteten i dessa tjänster handlar om att arbeta förebyggande och ge rätt behandlingar på rätt sätt till rätt patient i syfte att hjälpa patienter att komma tillrätta med de hälsoproblem som de söker för. De övriga områdena handlar inte på samma sätt om ”slutresultatet” av regionens kärntjänster. Detta förhållande bör få konsekvenser när diskussioner förs om hur regionens resurser ska prioriteras.

Bilaga 2 Metod

Metoden har innehållit följande delar:

Intervjuer har skett med:

- T.f. Regiondirektör
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Regionstabschef
- Primärvårdsdirektör
- Områdeschef barn- och ungdomsmedicin
- Områdeschef ortopedi
- Kvalitetsstrateg (Förvaltar och utvecklar ledningssystemet med hjälp av Centuri)
- Chefläkare
- Regionöverläkare
- Enhetschef, medicinsk sekreterare, verksamhetsutvecklare, sjuksköterska och läkare från de av granskningen berörda verksamheterna.
 - Hälsocentralerna Frösön och Zätagränd
 - Ortopedavdelningen och Enheten för arbetsterapi och sjukgymnastik
 - Barnkliniken

Följande dokument har granskats:

- Regionplan 2017-2019
- Mötesprotokoll från ledningens genomgång från 2016
- Verksamhetsplaner för regiondirektören, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, barn- och ungdomsmedicin, ortopedin samt den regiondrivna primärvården
- Kvalitetspolicy Region Jämtland Härjedalen
- Egenkontroll systematiskt kvalitetsarbete

- Planering och målstyrning samt regler för planering och uppföljning
- Patientsäkerhetsberättelse 2015
- Årsredovisning 2015
- Flera exempel på beskrivningar av kärnprocesser – dokumenterade beskrivningar av arbetet med att ta hand om olika patientgrupper

Gapanalys avseende följsamhet till SOSFS 2011:9

- Fem personer på regionövergripande nivå har bedömt regionens status utifrån ett frågeformulär bestående av 35 frågor. I den sammanfattande beskrivningen av svaren (bilaga 4) har vi summerat hur många av de svarande som uppgivit ett visst svarsalternativ.

Enkät:

- Det har genomförts ut en webbenkät bestående av fem frågor om ledningssystem. Enkäten har skickats till ett urval läkare, barnmorskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor inom de granskade verksamheterna.

Bilaga 3 Enkät

2		Känner Du till vilka resultat Ni når för era största patientgrupper? (Det går bra att lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent	Grafisk illustration
1		1. I mycket hög grad	6	12,50%	
2		2. I ganska hög grad	19	39,58%	
3		3. I ganska låg grad	15	31,25%	
4		4. I mycket låg grad	6	12,50%	
5		5. Vet ej	2	4,17%	
Totalt			48	100%	
Medelvärde			2,56		
3		Har Ni kommit överens inom Din arbetsgrupp om vilka Era viktigaste förbättringsområden är?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1		1. I mycket hög grad	3	6,38%	
2		2. I ganska hög grad	24	51,06%	
3		3. I ganska låg grad	14	29,79%	
4		4. I mycket låg grad	4	8,51%	
5		5. Inte alls	1	2,13%	
6		6. Vet ej	1	2,13%	
Totalt			47	100%	
Medelvärde			2,55		
4		Finns det en plan, inom den verksamhet som Du tillhör, för att genomföra dessa förbättringar?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1		1. Ja, det finns i hög grad	2	4,44%	
2		2. Ja, det finns i ganska hög grad	20	44,44%	
3		3. Ja, det finns men i ganska låg grad	13	28,89%	
4		4. Ja, det finns men i mycket låg grad	3	6,67%	
5		5. Nej, det finns inte	1	2,22%	
6		6. Vet ej	6	13,33%	
Totalt			45	100%	
Medelvärde			2,98		
5		Hur upplever Du att det är att hitta en rutin/dokument i ledningssystemet?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1		1. Mycket enkelt	0	0,00%	
2		2. Ganska enkelt	7	14,89%	
3		3. Ganska svårt	28	59,57%	
4		4. Mycket svårt	8	17,02%	
5		5. Vet ej	4	8,51%	
Totalt			47	100%	
Medelvärde			3,19		
6		I vilken grad är ledningssystemet ett stöd i Ditt arbete?	Antal	Procent	Grafisk illustration
1		1. I mycket hög grad	2	4,35%	
2		2. I ganska hög grad	10	21,74%	
3		3. I ganska låg grad	16	34,78%	
4		4. I mycket låg grad	6	13,04%	
5		5. Inte alls	3	6,52%	
6		6. Vet ej	9	19,57%	
Totalt			46	100%	
Medelvärde			3,54		

Bortfallsanalys avseende enkät



Bilaga 4 GAP-analys, självskattning av förhållanden i ledningssystemet

Delar i ledningssystemet		Stämmer och tillämpas fullt ut	Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister	Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov
1	En tydlig ram och struktur för ledningssystemet finns	2	3	
2	Lagar är inventerade	2	3	
3	Kvalitet är definierat (se Kvalitetspolicy)	2	3	
4	Kvalitetsmål är tydliggjorda	1	4	
5	Ledningssystemet är anpassat för verksamheten	1	4	
6	För varje process är ansvaret tydligt (övergripande)	2	3	
7	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade (övergripande)	3	2	
8	Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är kartlagda (övergripande)	2	3	
9	I processerna är de aktiviteter som ingår identifierade	2	3	
10	I processen är aktiviteternas inbördes ordning bestämda	2	3	
11	För varje process är tillvägagångssättet beskrivet och för kritiska aktiviteter är rutiner utarbetade och fastställda för att säkra kvalitet (övergripande)	1	3	
12	Processer och mål för samverkan är identifierade	2 Kommuner osv	3	
13	Det framgår av processerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten	2,5	2,5 Kliniska processer	
14	Det framgår genom processerna och rutinerna hur samverkan med andra verksamheter/myndigheter/föreningar ska ske	2	3	
15	Systematiskt förbättringsarbete är tydliggjort	4	1	
16	Hur systematiska riskanalyser utförs för att nå målen för processerna är beskrivet	3	2	
17	Det är tydligt var, när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	2	3	
18	I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	3	2	
19	Egenkontroll är utarbetad	2	3	
20	Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort. Innefattar även frekvens och omfattning för egenkontroll	2	3	
21	System för uppföljning av utförare finns	3	2	
22	System för avvikelser är utarbetat	5		
23	System för synpunkter och klagomål finns	5		
24	System för rapportering och utredning av händelser finns	5		

Delar i ledningssystemet		Stämmer och tillämpas fullt ut	Stämmer delvis / utveckling behövs / tillämpningen brister	Stämmer inte alls eller till liten del / stort utvecklingsbehov
25	Sammanställning sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter	4	1	
26	Analys sker av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att se mönster och trender	2	3	
27	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder i verksamheten	2	3	
28	Sammanställningen och analysen är kopplade till åtgärder av processer och rutiner	1	4	
29	Vi ser till att personalen efterlever processer och rutiner	2	3	
30	Arbetet med att säkra kvaliteten dokumenteras	2	3	
31	Dokumentationsskyldigheten är tydliggjord	5		
32	En patientsäkerhetsberättelse finns utarbetad	5		
33	Ledningssystemet är antaget	5		
34	Ledningssystemet är implementerat och känt i organisationen	2	3	
35	Rutiner finns för att uppdatera och hålla systemet levande	4	1	