

REGION  
**JÄMTLAND  
HÄRJEDALEN**



REVISIONSRAPPORT  
**GRANSKNING AV IT-STÖD**  
**Utvecklingsarbetet vid**  
**införandet av elektronisk**  
**utdelningsvy i COSMIC**

Ansvariga: Therese Norrbelius  
Jan-Olov Undvall

## *Innehållsförteckning*

1	SAMMANFATTNING .....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND .....	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING.....	4
4	REVISIONSKRITERIER.....	5
5	METOD .....	5
6	RESULTAT AV GRANSKNINGEN .....	6
6.1	ORGANISATION OCH ANSVAR.....	6
6.1.1	Organisationsmodellen för COSMIC förvaltning.....	6
6.1.2	Uppdrag, ledning och mandat .....	8
6.1.3	Ansvarsfördelning i utvecklingsarbetet .....	9
6.2	PRIORITERING AV INSATSER.....	12
6.2.1	Prioritering av utvecklingsinsatser.....	12
6.2.2	Rutiner för att inventera verksamhetens behov av insatser.....	12
6.2.3	Nationellt utvecklingsprogram för COSMIC .....	13
6.3	FÖRUTSÄTTNINGAR OCH RESURSER .....	14
6.3.1	Resurser och kompetenser för utvecklingsarbetet .....	14
6.4	UPPFÖLJNING OCH UTVECKLING.....	16
6.4.1	Uppföljning av utvecklingsarbetet.....	16
6.4.2	Tillvaratagande av resultatet .....	17
7	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA .....	19
8	KVALITETSSÄKRING .....	20
9	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE .....	20

## 1 SAMMANFATTNING

---

Revisionskontoret har genomfört en granskning regionstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll av förutsättningarna för att bedriva ett ändamålsenligt utvecklings- och kvalitetsarbetet avseende journalsystemet COSMIC. Granskningen har avgränsats till det utvecklingsarbete som bedrivs för att införa den elektroniska utdelningsvyn<sup>1</sup> i COSMIC läkemedelsmodul.

I punkterna nedan framgår några av våra bedömningar och rekommendationer från rapporten:

- Vi anser att det "på pappret" finns en tydlig organisation och ansvarsfördelning för införandet där uppdrag, ledning och mandat framgår. Tanken med den framtagna organisationsmodellen är att involvera verksamheten i styrningen av förvaltning och utveckling. I praktiken har dock inte organisationsmodellen fungerat på ett tillfredsställande sätt. Bristande närvaro från verksamheterna i utvecklingsarbetet har inneburit att införandet försenats. Det har också förekommit oklarheter kring rollen som projektledare.
- Vi anser att det finns processer för att lyfta utvecklingsfrågor inom COSMIC förvaltning, men att vissa av dessa behöver utvecklas. Det är framförallt processen för att rapporterade avvikelser ska kunna användas optimalt som underlag i utvecklingsarbetet som behöver utvecklas.
- Verksamheterna uppger att det är problematiskt att prioritera införandet av utdelningsvyn samtidigt som de ska genomföra kostnadsreduceringar, bedriva andra projekt och samtidigt upprätthålla tillgängligheten. Detta innebär en konkurrens om befintliga resurser. Vi rekommenderar ledningen att utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv att göra en risk- och konsekvensanalys och besluta om vilka projekt som ska prioriteras.
- Vår bedömning är att resurser inte har säkerställts i tillräcklig omfattning för att kunna bedriva utvecklingsarbetet. Framst saknas kompetenser för ett effektivare arbete med framtagande av ordinationsmallar och rutiner, bl.a. nämns apotekare som en stor resursbrist.
- Vi anser också att det krävs en tydligare styrning avseende prioriteringar av befintliga resurser i verksamheten som behöver avsätta tid för utvecklingsarbetet t.ex. verksamhetsexperter och superanvändare. I dagsläget nyttjas inte resurserna på ett optimalt sätt vilket innebär att kompetenser som behövs i utvecklingsarbetet belastas med bl.a. supportärenden som borde klaras av inom verksamheten.
- Uppföljningen av införandet har kvartalsvis rapporterats till "Styrgrupp läkemedel". Någon vidare rapportering har inte noterats. Införandet av utdelningsvyn är ett omfattande arbete som tar resurser i anspråk och därför är det viktigt att ansvarig nämnd får information om hur processen fortlöper.
- Vi anser att resultatet av uppföljningarna till viss del tillvaratagits i det fortlöpande utvecklingsarbetet. En viktig del av förbättringsarbetet är dock utvärdering av genomförda insatser. Vi bedömer att denna del bör utvecklas.

---

<sup>1</sup> Utdelningsvyn är den del av läkemedelsmodulen i COSMIC som används vid ordinerings och utdelning av läkemedel till patienter inom slutenvård och mottagning.

## 2 INLEDNING/BAKGRUND

---

Regionens verksamheter stöds i stor utsträckning av olika IT-system. För att säkerställa att systemen fungerar och stödjer verksamheten på ett ändamålsenligt sätt är det viktigt med ett systematiskt utveckling- och kvalitetsarbete.

Revisorerna har i tidigare granskningar fått indikationer om att det finns ett missnöje från verksamhetsansvariga när det gäller utvecklingen av IT- stödet. Verksamhetsansvariga har uppgett att väntetiderna är långa när det gäller önskemål om förbättringar och att det saknas en tydlig organisation som mottagare av önskemålen.

Om inte systemstöd som COSMIC fungerar på ett ändamålsenligt sätt finns risk för att kvalitets- och effektivitetsbrister uppstår inom hälso- och sjukvården. Revisorerna ser också en risk för patientsäkerhetsbrister.

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av utvecklingsarbetet av regionens journalsystem COSMIC. Granskningen ingår i fastställd revisionsplan för 2019 under benämningen granskning av IT- stöd.

## 3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

---

Granskningens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av förutsättningar för att bedriva ett ändamålsenligt utvecklings- och kvalitetsarbete av regionens journalsystem COSMIC.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Finns en tillfredsställande organisation för utvecklingsarbetet där uppdrag, ledning och mandat är tydligt?
- Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan de olika aktörer som är delaktiga i utvecklingsarbetet?
- Finns en ändamålsenlig process för att inventera och bevaka behovet av utvecklingsinsatser?
- Sker prioritering av utvecklingsinsatser utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv samt effektivitetsperspektiv?
- Finns risk- och konsekvensanalyser framtagna som underlag vid prioritering av utvecklingsinsatser?
- Finns förutsättningar i form av resurser och kompetenser som motsvarar behovet för att genomföra utvecklingsarbetet?
- Sker uppföljning av om utvecklingsarbetet leder till förväntat resultat, t.ex. genom användarundersökningar, analyser av avvikelserapporter och resultatmått?
- Tillvaratas resultatet av uppföljningen i det fortlöpande utvecklingsarbetet?

Granskningen är avgränsad till det utvecklingsarbete som bedrivs inom regionstaben med fokus på införandet av utdelningsvyn i den elektroniska läkemedelslistan inom slutenvården.

#### 4 REVISIONSKRITERIER

---

Uppfylls kraven i:

- Kommunallagen 6 kap. 6 § (nämndens ansvar för intern kontroll)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap. 4 § (kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras)
- Patientsäkerhetslagen (2010:657)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9)
- Föreskrift om användande av medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1)
- Reglemente för intern kontroll och styrning (RS/598/2018)

#### 5 METOD

---

Granskningen har utförts genom studier av relevanta dokument, intervjuer med berörda tjänstemän samt, vid behov, skriftliga frågor.

Följande personer har intervjuats:

- Objektägare verksamhet, områdeschef Patientsäkerhet och chefläkare
- Objektägare IT, chef för IT- och eHälsoavdelningen
- Förvaltningsledare verksamhet, verksamhetsutvecklingsstrateg
- Förvaltningsledare IT, IT-strateg
- Läkemedelsstrateg och chef vid Läkemedelsenheten
- Läkemedelssamordnande sjuksköterska
- Läkemedelsansvarig läkare
- Verksamhetschef Infektion
- Verksamhetschef Ortopedi

Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

## 6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

COSMIC är ett vårdadministrativt system som täcker hela vårdkedjan inom den regiondrivna sjukvården. Leverantör av COSMIC är företaget Cambio. Region Jämtland Härjedalen införde COSMIC i mars 2015.

Utdelningsvyn är den del av läkemedelsmodulen i COSMIC som används vid ordinerings och utdelning av läkemedel till patienter inom slutenvård och mottagning. Enligt en statusuppdatering i maj 2015 var planen att införandet av slutenvårdens läkemedelslista skulle startas under samma höst när alla ordinationsmallar<sup>2</sup> var framtagna och det trådlösa nätverket var utbyggt. Införandet har därefter skjutits fram av olika anledningar. En anledning var att "en helt ny modul där ingenting var sig likt" skulle komma inom några år vilket skulle innebära att en första utbildningsinsats och framtagande av rutiner skulle vara "i onödan". Det visade sig därefter att den nya versionen av modulen hade stora brister som äventyrade patientsäkerheten och man beslutade åter att avvakta införandet tills den nya versionen av läkemedelsmodulen kom i maj 2017.

Ett pilotinförande ägde rum på Barn- och ungdomsmedicin 2014/2015. Vid uppgraderingen 2017 krävdes nya utbildningsinsatser, nya ordinationsmallar och nya rutiner.

Hösten 2018 infördes utdelningsvyn som piloter<sup>3</sup> vid infektionskliniken och dialysen. Planen för 2019 var att alla verksamheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle införa systemet under året<sup>4</sup>.

### 6.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

#### 6.1.1 Organisationsmodellen för COSMIC förvaltning

Organisationen för förvaltning och utveckling av COSMIC är upprättad enligt en pm3-modell och består av två olika delar (se följande bild). Den rosa/vänstra sidan (objektägare verksamhet och nedåt) av verksamheten och har till uppgift att identifiera utvecklingsbehov, ansvara för verksamhetsrutiner m.m. samt ställa krav gentemot den grå/högra sidan som representeras av IT-enheten (objektägare IT och nedåt) och ska tillgodose de identifierade utvecklingsbehoven.

Förvaltningsledare finns på både verksamhets- respektive IT-sidan. Tillsammans ansvarar förvaltningsledarna för att verkställa förvaltningsplan för COSMIC där införandet av utdelningsvyn är ett av 2019 års större uppdrag<sup>5</sup>.

---

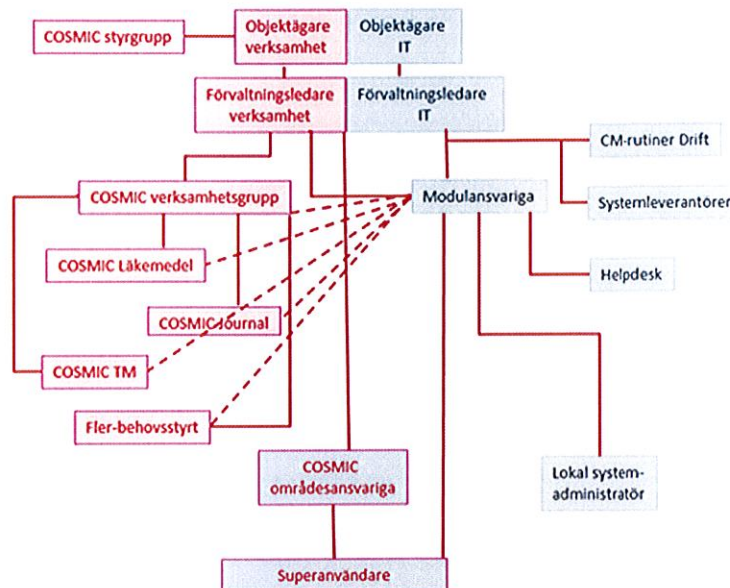
<sup>2</sup> En ordinationsmall är en förfylld läkemedelsordination. Syftet med ordinationsmallarna är att göra det snabbare, lättare och säkrare att ordinera läkemedel.

<sup>3</sup> Med pilot i detta avseende menas ett första införande inom en specifik klinisk verksamhet

<sup>4</sup> Minnesanteckningar Stygrupp läkemedel 2018-10-25

<sup>5</sup> Förvaltningsplan för COSMIC år 2019 Centuri nr: 28582-4

## COSMIC förvaltning 2019



### COSMIC styrgrupp

För övergripande styrning av utvecklingsarbetet av COSMIC finns COSMIC styrgrupp. I gruppen ingår, förutom förvaltningsledare för COSMIC verksamhet och IT, hälso- och sjukvårdsdirektören, objektägare verksamhet (chefläkare/chef för område patientsäkerhet), objektägare IT, områdeschefer inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, kommunikationschef och utvecklingschef (vakant).

### Styrgrupp läkemedel

Styrgrupp läkemedel leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och består därtill av läkemedelsstrateg, ordförande för läkemedelskommittén samt områdeschefer och medicinskt ledningsansvariga vid Hjärta, neurologi och rehabilitering, Hud, infektion och medicin, Kirurgi, Primärvård och Patientsäkerhet. (Gruppen saknas i organisationsskissen)

### COSMIC verksamhetsgrupp

Cosmic verksamhetsgrupp ansvarar för att koordinera övergripande frågor, och förbereda förslag till beslut gällande verksamhetsrutiner för patientsäkerhet och effektiv användning av Cosmic. Gruppen leds av förvaltningsledare verksamhet och bemannas med representanter från verksamheten (verksamhetsexperter). Verksamhetsexperterna har enligt förvaltningsbeskrivningen avtalat om att lägga 10% av sin arbetstid på uppdraget. När det gäller läkemedelsfrågor och införandet av utdelningsvyn ligger ansvaret hos COSMIC läkemedel.

### COSMIC läkemedel

COSMIC läkemedelsgrupp ansvarar, enligt "Beskrivning av förvaltning COSMIC", för ordinationsmallar och rutiner vid läkemedelshantering. Gruppen leds av läkemedelsstrateg och bemannas med representanter från läkemedelsenheten, hälso- och sjukvårdsverksamheten (verksamhetsexperter) samt modulansvarig för läkemedelsmodul. Verksamhetsexperterna har enligt förvaltningsbeskrivningen avtalat om att lägga 10% av sin arbetstid på

uppdraget. Läkemedelsstrategen är numera chef för läkemedelsenheten och ingår även i styrgrupp läkemedel.

### **Superanvändare**

I verksamheten finns ca 300 superanvändare av journalsystemet. Superanvändarna ansvarar bland annat för första linjens support och utbildning av kollegor. Som en del i utvecklingsarbetet ingår i superanvändarnas uppdrag att identifiera, sammanställa och föreslå förbättringsbehov till områdesansvarig, vara en resurs vid tester och vid behov delta i projektgrupper för utvecklingsinsatser.

### **Områdesansvariga**

Inom varje område finns en områdesansvarig som ansvarar för att samordna superanvändarnas arbete.

Områdesansvariga skall vara informationskanal ut till verksamheterna när det gäller utvecklingsfrågor från staben (COSMIC verksamhetsgrupp, COSMIC läkemedel etc), och informationskanal för utvecklingsbehov från områdena till staben. Enligt förvaltningsledaren för COSMIC verksamhet innebär det att områdesansvariga ska se till att COSMIC fungerar i verksamheten och signalera till förvaltningen om något inte fungerar eller behöver utvecklas. Områdesansvariga har möten varannan vecka och är, enligt förvaltningsledarna, väl fungerande som grupp.

### **Modulansvariga**

För varje modul i COSMIC finns en utpekad modulansvarig. Modulansvariga är anställda inom eHälsoenheten, med undantag för två områden. Modulansvariga är regionens systemexperter och andra linjens support (Helpdesk) och ansvarar även för att utbilda superanvändarna.<sup>6</sup>

## **6.1.2 Uppdrag, ledning och mandat**

Inledningsvis låg det övergripande ansvaret för införandet av utdelningsvyn hos COSMIC styrgrupp. Införandet var planerat att bedrivas som ett eget projekt, vilket enligt regionens projektmodell innebär att projektägare och projektledare ska utses, resurser avsättas och att dokumentation och avstämningar formaliseras och tydliggörs<sup>7</sup>.

En projektplan som upprättats enligt projektmodellen presenterades i mars 2018 för COSMIC styrgrupp, men fastställdes inte med motiveringen att det först behöver säkerställas att resurspersoner från COSMIC läkemedelsgrupp fanns tillgängliga i tillräcklig omfattning.<sup>8</sup>

Vid nästkommande styrgruppsmöte i april 2018 beslutades istället att ansvaret för implementeringen skulle flyttas till Styrgrupp läkemedel<sup>9</sup>. Enligt läkemedelsstrategen innebär överlämnandet att införandet av utdelningsvyn inte längre skulle bedrivas som ett eget projekt. Implementeringen av utdelningsvyn är sedan dess ett måttal i uppdraget "Stärka säker läkemedelshantering". Av uppdragsbeskrivningen framgår att det övergripande målet är att alla områden ska vara igång med arbetet att stärka säker läkemedelshantering samt implementera utdelningsvyn där så är möjligt senast 2019-12-31. Det framgår inte av beskrivningen vem som beslutat om uppdraget eller hur uppföljning ska ske. Av protokoll

<sup>6</sup> Beskrivning av förvaltning COSMIC Centuri nr 34621-1

<sup>7</sup> Enligt "Regler för organisation och arbetsprocesser inom regionstaben" Dnr: RS/222/2017 ska mallen PROJEKTIL användas vid projektstyrning som går över organisationsgränserna.

<sup>8</sup> Minnesanteckningar COSMIC styrgrupp 2018-03-01, Minnesanteckningar Styrgrupp läkemedel 2018-04-11

<sup>9</sup> Minnesanteckningar COSMIC styrgrupp 2018-04-19



från hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp framgår att en arbetsmodell har godkänts, vilket enligt läkemedelstrategen är uppdragsbeskrivningen.<sup>10</sup>

Vi har noterat att införande av en säkrare och tydligare dokumentation av ordination och administrering av läkemedel är en aktivitet i "*Övergripande handlingsplan läkemedel 2019*". Målet är att samtliga vårdavdelningar och mottagningar ska implementerat utdelningsvyn och att alla läkare och sjuksköterskor ska ha utbildats.<sup>11</sup>

Enligt beskrivningen har Styrgrupp läkemedel det övergripande ansvaret för införandet av utdelningsvyn. Gruppen ingår emellertid inte i organisationsskissen eller förvaltningsbeskrivningen. Uppdraget "*Stärka säker läkemedelshantering*" nämns inte heller i dessa dokument.

Läkemedelsstrategen beskriver uppdraget och ansvarsfördelningen som otydlig. Informationen var bristfällig avseende vilka delar som hon inledningsvis inte kände till. Hon uppger att hon aldrig formellt fått en projektledarroll eller någon extra avsatt tid för att hinna med uppdraget, utan att det förväntades att hon skulle hinna med detta på de 10% som är avsatta för arbetet i COSMIC läkemedelsgrupp.

### **Saknar mandat över verksamhetsexperterna**

Enligt "*Beskrivning av förvaltning COSMIC*" ansvarar COSMIC läkemedelsgrupp för ordinationsmallar och övergripande rutiner vid läkemedelshantering<sup>12</sup>. Enligt läkemedelstrategen är det dock läkemedelsenhetens uppgift att arbeta med ordinationsmallar. Enligt regionens läkemedelssamordnande sjuksköterska sker framtagande av ordinationsmallar på uppdrag av medicinskt ansvarig läkare inom varje verksamhet.

Läkemedelsansvarig sjuksköterska uppger att det är ett omfattande arbete med att ta fram manualer och handböcker eftersom leverantörens handbok inte innehåller tillräckligt med information om hur systemet fungerar. Det innebär att mycket tid behöver läggas på att testa, lära och förstå funktioner. COSMIC läkemedelsgrupps arbete (och även Läkemedelsenhetens) är därför beroende av att personer från verksamheten (verksamhetsexperter) medverkar vid framtagandet av rutiner och mallar. Läkemedelsstrategen saknar dock mandat att styra över verksamhetsexperternas tid. Närvaron vid läkemedelsgruppens möten är bristfällig vilket innebär att arbetet inte blir effektivt. Konsekvensen av detta har blivit att framtagandet av vissa rutiner och ordinationsmallar som är nödvändiga för införandet av utdelningsvyn försenats.

Objektsägaren för COSMIC verksamhet uppger att problematiken med lågt deltagande från verksamhetsexperterna har sin grund i svårigheter för dessa att avsätta tid för utvecklingsarbete eftersom inget extra utrymme tillskapats för detta (de 10% som avtalats). Om inte medarbetarens chef skapar detta utrymme blir det upp till den enskilde medarbetaren att prioritera mellan de vanliga arbetsuppgifterna och utvecklingsarbetet. Objektsägaren menar att ledningen bör vara tydligare avseende att planera in utrymme för utvecklingsarbetet.

### **6.1.3 Ansvarsfördelning i utvecklingsarbetet**

När det gäller lagar och riktlinjer av betydelse för ansvarsfördelningen har vi noterat följande:

<sup>10</sup> Hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupps protokoll 2018-06-14 §292

<sup>11</sup> Övergripande handlingsplan läkemedel 2019 Dnr: RS/1591/2018

<sup>12</sup> Beskrivning av förvaltning COSMIC Centuri nr: 34621-1

- Enligt Läkemedelsverkets klassificering av medicinska informationssystem är en läkemedelsmodul i ett journalsystem en medicinteknisk produkt<sup>13</sup>. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om användning av medicintekniska produkter i vården ansvarar verksamhetschefen för att rutiner för användandet inom ramen för ledningssystemet finns tillgängliga och att personalen har den kompetens som krävs för handhavandet. Personalen har också ett eget ansvar för att inhämta kunskap om produktens funktion<sup>14</sup>.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete har vårdgivaren ett ansvar för att identifiera de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ansvarar också för att bedriva egenkontroll av verksamheten, vilket innebär bl.a. att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de rutiner som ingår i ledningssystemet<sup>15</sup>.
- Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är verksamhetschefen övergripande ansvarig för den löpande verksamheten och att den uppfyller god patientsäkerhet<sup>16</sup>.

### Ansvarsfördelning i samband med införandet

En ansvarsfördelning för införandet av utdelningsvyn framgår av uppdragsbeskrivningen "Uppdrag stärka säker läkemedelshantering". Där framgår ansvarsfördelningen mellan stabsfunktioner (Läkemedelsenheten och COSMIC läkemedel) och hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Enligt uppdragsbeskrivningen ansvarar COSMIC läkemedelsgrupp för att identifiera verksamhetens stödbehov, övergripande rutiner, utbildningar m.m. när det gäller läkemedelshantering. Verksamhetschefen ansvarar för att utse superanvändare, utforma lokala rutiner, genomförande av lokal risk- och konsekvensanalys m.m.<sup>17</sup>.

### Införandet av utdelningsvyn vid infektionskliniken

Infektionskliniken var pilot vid införandet av utdelningsvyn i september 2018. Kliniken bedömdes lämplig eftersom läkare och övrig personal är organiserade under samma chef samt att kliniken också hade ett stort intresse och förmåga att agera i frågan, enligt objektägaren för COSMIC verksamhet.

Det har i granskningen framkommit att det råder delade meningar avseende ansvarsfördelningen vid införandeprocessen.

#### Otydligheter kring projektledarskapet

Enligt verksamhetschefen för infektionskliniken var det oklart vem som ansvarade för att leda införandeprocessen eftersom det inte fanns någon utsedd projektledare eller projektplan för hur införandet skulle ske.

Enligt läkemedelsstrategen fanns det inom COSMIC läkemedelsgrupp en projektanställd sjuksköterska med avsatt tid för implementeringen av utdelningsvyn, men denne ville inte ta på sig projektledarskapet. Läkemedelsstrategen tog då på sig rollen som projektledare.

Efter infektionsklinikens införande av utdelningsvyn har en checklista tagits fram där ansvarsfördelningen finns beskriven mellan COSMIC läkemedelsgrupp, läkemedelsenheten

<sup>13</sup> Läkemedelsverket. Medicinska informationssystem – vägledning för kvalificering av program med medicinskt syfte

<sup>14</sup> Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

<sup>15</sup> Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

<sup>16</sup> Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, tionde upplagan. Författare Lars-Åke Johnsson.

<sup>17</sup> Uppdrag "Stärka säker läkemedelshantering" Centuri nr: 44635-1

och verksamheterna<sup>18</sup>. Enligt listan ansvarar läkemedelsenheten och verksamheterna gemensamt för att planera för uppstart inom respektive områdes avdelning och mottagning.

#### Till en början - ej ändamålsenlig utbildning

Verksamhetschefen för infektionskliniken uppger att den utbildning som inledningsvis gavs i form av e -utbildning inför införandet inte var anpassad för verksamheten och att det saknades praktisk förståelse för det kliniska arbetet.

Läkemedelsansvarig läkare uppger att e-utbildning inte var något som rekommenderades av COSMIC läkemedelsgrupp, men i och med att den kräver mindre resurser och tar kortare tid beslutades det att börja med denna utbildningsform.

Som komplement till e-utbildning genomfördes därefter flera utbildningar med bl.a. läkare från Barn- och ungdomsmedicin och en utbildare från Cambio.

Inom infektionskliniken fick en av infektionsläkarna tillsammans med en extern resurs från leverantören ta på sig uppdraget att utbildade sina kollegor.

#### **Bedömning:**

Revisionsfråga 1:

#### Finns en tillfredsställande organisation för utvecklingsarbetet där uppdrag, ledning och mandat är tydligt?

- Vi anser att det "på pappret" finns en organisationsmodell där uppdrag, ledning och mandat framgår. Dock har inte organisationsmodellen fungerat på ett tillfredsställande sätt i praktiken. Tanken med den framtagna organisationsmodellen för COSMIC förvaltning är att involvera verksamheten i styrningen av förvaltning och utveckling. I praktiken har de kompetenser från verksamheten som förutsätts finnas med i införandet inte säkerställt. Bristande närvaro från representanter från verksamheterna har inneburit att införandet försenats. Eftersom gruppens sammanfattande inte har mandat över dessa personer krävs att ledningen för respektive linjeorganisation ser till att verksamheten avsätter den tid som avtalats.
- Vi anser inte att uppdrag och ledningen varit helt tillfredsställande. I och med att införandet av utdelningsvyn övergått från att bedrivas som ett eget projekt till att ingå som ett av fyra mål i uppdraget "Stärka säker läkemedelshantering", anser vi att uppdraget blivit mindre tydligt. Läkemedelsstrategen som har en nyckelfunktion i införandeprocesser beskriver dessutom sitt uppdrag som otydligt.

Revisionsfråga 2:

#### Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan de olika aktörer som är delaktiga i utvecklingsarbetet?

- Vi anser inte att det funnits en tydlig ansvarsfördelning då det råder oklarheter avseende styrning och projektledning av införandet och att verksamheten inte uppfattat sin del av uppdraget. Av den uppdragsbeskrivning som finns framgår inte vem som beslutat om uppdraget eller hur och när det ska följas upp, vilket återspeglar den uppföljning som gjorts.

<sup>18</sup> Checklista för införandet av elektronisk utdelningsvyn i COSMIC. Checklistan har dock inget registreringsnummer i Centuri och är inte daterad eller undertecknad.

- Vi rekommenderar att organisationsmodellen för införandet av utdelningsvyn ses över och att det sker ett tydliggörande av uppdrag och ansvar.

## 6.2 PRIORITERING AV INSATSER

### 6.2.1 Prioritering av utvecklingsinsatser

Läkemedelsstrategen anser att det saknas en övergripande plan för prioritering av olika förändringsarbeten och utvecklingsprojekt som pågår inom regionen och menar att en risk- och konsekvensanalys utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv borde genomföras för att bedöma prioriteringsordningen. Införandet av utdelningsvyn förutsätter att det sker en kraftsamling av befintliga resurser för bl.a. utbildning, framtagandet av rutiner och läkemedelsmallar. Att införandet inte prioriterats av verksamheten har, enligt henne, inneburet svårigheter att samla och fokusera utvecklingsresurser och att införandet av utdelningsvyn därför skjutits fram.

Av protokoll från hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgruppsmöte framgår att frågan om resurser för införandet av utdelningsvyn diskuterats. Av protokollet framgår att verksamheterna kan få problem med att införa läkemedelsvyn under hösten 2019 då samtidigt arbete pågår med att genomföra kostnadsreduceringar, bedriva andra projekt och upprätthålla tillgängligheten.

Ledningsgruppen erhöll i juni 2019 en konsekvensbeskrivning av ett uppskjutet införande av utdelningsvyn och fattade därefter beslut om att tre områden omedelbart skulle påbörja arbetet med införandet och att övriga ska påbörja arbetet med mallar under hösten för att påbörja införandet våren 2020.<sup>19</sup>

### 6.2.2 Rutiner för att inventera verksamhetens behov av insatser

Önskemål om utvecklingsinsatser ska enligt rutin förmedlas till superanvändare och områdesansvariga. Områdesansvariga ansvarar för att skapa ett ärende av önskemålet i ärendehanteringssystemet JIRA. Ärendet går vidare till modulansvarig som ansvarar för att samordna åtgärder i samråd med COSMICs förvaltningsledare.

När det gäller större utvecklingsinsatser går ärendet till den läkemedelsansvarige läkaren som representerar regionen i en nationell expertkundgrupp för utvecklingen av COSMICs läkemedelsmodul. Gruppen har en gemensam databas med förbättringsönskemål som prioriteras i samråd med systemleverantören Cambio.

Ett utvecklingsområde som nämnts av verksamhetscheferna är att i högre grad återföra information till personalgruppen om vad ett förändringsönskemål lett fram till och om någon åtgärd vidtagits utifrån anmälda ärenden.

Analys av avvikelser görs i viss utsträckning. Både regionens läkemedelssamordnande sjuksköterska och den läkemedelsansvarige läkaren uppger dock att det finns utvecklingsbehov gällande registreringen av avvikelser och att det finns ett stort mörkertal när det gäller avvikelser med koppling till läkemedel. Att det inte går att ta ut statistik från Centuri innebär att det är svårt att få en övergripande bild av avvikelserna. Vid registrering av en avvikelse med koppling till läkemedel ska en kopia skickas till läkemedelsamordnande sjuksköterska. Dock förutsätter det att anmälaren kryssat i rutan om att avvikelsen är läkemedelsrelaterad.

<sup>19</sup> Protokoll HSF ledningsgrupp 2019-06-13

## Risk- och konsekvensanalyser

Enligt checklistan för införandet av den elektroniska utdelningsvyn framgår att COSMIC läkemedelsgrupp ansvarar för risk- och konsekvensanalyser på övergripande nivå och verksamheten på lokal nivå.

COSMIC läkemedelsgrupp har gjort en övergripande riskanalys<sup>20</sup> för användandet av den elektroniska läkemedelsjournalen där risker och åtgärdsförslag framgår. Åtgärdsförslagen handlar till övervägande del om att ta fram rutiner och riktlinjer.

Vi har tagit del av riskanalysen som genomförts vid Barn- och ungdomsmedicin och infektionskliniken. Riskförebyggande åtgärder som framgår är t.ex. ändring av mallar, framtagande av rutiner och utbildning av personal.

Enligt läkemedelsstrategen planerar verksamhetscheferna inom medicinområdet<sup>21</sup> en uppföljning av sina risk- och konsekvensanalyser under hösten 2019.

## Prioriteringar av förändringsönskemål

Enligt läkemedelsstrategen kommer det inte in så många önskemål om utvecklingsbehov så att någon prioritering på lokal nivå behöver göras. Allt som önskas och är genomförbart har oftast redan påbörjats. Utvecklingsinsatser handlar oftast om rutiner som behöver tas fram och utvecklas, uppger läkemedelsstrategen.

När det gäller prioriteringar utifrån vad som framkommit när det gäller rapporterade avvikelser finns, som tidigare beskrivits, ett mörkertal när det gäller rapporterade avvikelser.

Läkemedelssamordnande sjuksköterska och läkemedelsansvarig läkare uppger dock att åtgärder nästan alltid vidtas utifrån de rapporterade avvikelser som de får kännedom om och att någon prioriteringsordning inte behöver göras.

### 6.2.3 Nationellt utvecklingsprogram för COSMIC

På nationell nivå finns en kundgrupp med representanter från de regioner och företag som använder COSMIC. Representanter från regionen är objektägarna för IT respektive verksamhetsdelen. I regionens beredningsråd ingår förvaltningsledare IT.

Kundgruppen har bedömt att den mest kostnadseffektiva lösningen för att vidareutveckla COSMIC och bättre möta vårdens behov är att användare och leverantören Cambio utarbetar ett gemensamt utvecklingsprogram för åren 2019–2023. Satsningen omfattar totalt 500 mkr under en femårsperiod där region Jämtland Härjedalen står för 30 mkr. Regionstyrelsen fattade i juni 2018 beslut om att ingå avtal med leverantören om detta.

### ***Bedömning:***

Revisionsfråga 3:

Finns en ändamålsenlig process för att inventera och bevaka behovet av utvecklingsinsatser?

- Vi anser att det finns processer för att lyfta utvecklingsfrågor inom COSMIC förvaltning, men att utvecklingsprocessen med koppling avvikelse rapportering måste utvecklas för att bedömas som tillfredsställande. Det är framförallt bristen som handlar om att rapporterade avvikelser inte kan användas optimalt i utvecklingsarbetet då det saknas tekniska förutsättningar för att ta ut statistik från systemet Centuri. Det finns också ett stort mörkertal när det gäller avvikelser vilket innebär

<sup>20</sup> Centuri nr 35398-2

<sup>21</sup> HIM – Område Hud, infektion, medicin och HNR – område Hjärta, neurologi, rehabilitering

att underlaget inte är heltäckande. Återföring av information från rapporterade utvecklingsförslag är också ett utvecklingsområde.

Revisionsfråga 4:

Sker prioritering av utvecklingsinsatser utifrån ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv samt effektivitetsperspektiv?

- I regionen pågår ett antal förändringsarbeten och utvecklingsprojekt vilket innebär en konkurrens om befintliga resurser. För införandet av utdelningsvyn har det inneburet svårigheter att uppbringa tillräckliga resurser och införandet har därmed skjutits fram. Vi rekommenderar ledningen att utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv göra en risk- och konsekvensanalys att använda som underlag för besluta vilka projekt, uppdrag och aktiviteter som ska prioriteras.

Revisionsfråga 5:

Finns risk- och konsekvensanalyser framtagna som underlag vid prioritering av utvecklingsinsatser?

- Vi har noterat att risk- och konsekvensanalyser genomförts inför införandet av utdelningsvyn. Vi anser dock att dessa analyser borde i högre grad finnas med som underlag vid prioriteringar av utvecklingsinsatser.

## **6.3 FÖRUTSÄTTNINGAR OCH RESURSER**

### **6.3.1 Resurser och kompetenser för utvecklingsarbetet**

Enligt regionens läkemedelsstrateg saknas tillräckliga resurser för införandet av utdelningsvyn. Det är framförallt apotekarresurser som utvecklar ordinationsmallar som saknas. Inom regionen finns 0,8 apotekare för detta göromål jämfört med andra regioner, där det finns minst 3 tjänster. Läkemedelsstrategen poängterar att trots att vår region är minst, har vi ungefär lika många läkemedelssorter att hantera, vilket är avgörande för resursbehovet. Hon har framfört behovet av utökade resurser, men har på grund av besparingar inte fått gehör för önskemålet.

Den läkemedelssamordnande sjuksköterskan som är anställd av läkemedelsenheten beskriver att COSMIC läkemedelsgrupp inte fått de resurser de behöver för arbete med COSMIC-arbete utan får göra arbetet inom befintlig ram, vilket har medfört en fördröjning.

Dessutom har Läkemedelsenheten övertagit supportfrågor avseende läkemedelsmodulen eftersom COSMIC support (modulansvariga) inte anser sig ha tillräcklig kompetens för dessa frågor, uppger läkemedelsstrategen.

Den läkemedelssamordnade sjuksköterskan uppger att regionledningen inte har "tagit höjd" för hur mycket resurser som krävs för att införa utdelningsvyn.

#### **Bristande representation från områdena**

Läkemedelsstrategen pekar även på följande resursbrist. COSMIC läkemedelsgrupp har representanter från sjukvårdsverksamheten (verksamhetsexperter). Dessa är, enligt läkemedelsstrategen, helt nödvändiga för utvecklingsarbetet av COSMIC. Det har dock varit svårt att få dessa att fullt ut närvara och medverka i utvecklingsarbetet, då deras ordinarie arbetsuppgifter inom sjukvårdsverksamheten prioriterats högre. Inledningsvis hölls träffar en gång varannan vecka, men på grund av dålig närvaro glesades mötena ut till en

gång i månaden. Detta har fått till följd att vissa utvecklingsfrågor och anpassningar har dragit ut på tiden.

Förvaltningsledaren för COSMIC verksamhetsgrupp uppger samma problematik avseende verksamhetsexperternas låga deltagande som när det gäller deltagande i COMSIC läkemedelsgrupp. Inledningsvis hölls träffar en gång varannan vecka, men på grund av dålig närvaro glesades mötena ut även i denna grupp till en gång i månaden. Förvaltningsledaren upplever att gruppen fungerar mer som en referensgrupp, vilket dels innebär en högre arbetsbelastning för förvaltningsledaren och dels att utvecklingsinsatser fördröjs.

### **Tidvis hög arbetsbelastning för modulansvariga**

För utdelningsvyn i läkemedelslistan finns en utsedd modulansvarig som ska fungera som andra linjens support<sup>22</sup>. Jämfört med andra regioner finns det färre modulansvariga inom vår region och alla modulansvariga ansvarar för fler än en modul. Enligt förvaltningsledaren för modulansvariga kan detta innebära påfrestningar för dessa personer i samband med införandet av "nyheter". Förvaltningsledaren skulle önska att en modulansvarig också hade en tillförordnad modulansvarig, men har mötts med invändningar gällande hur detta skulle genomföras med nuvarande bemanning.

### **Uppdraget som superanvändare klaras i varierande grad**

Superanvändarna är som tidigare nämnts första linjens support för COSMIC-användarna och är en viktig resurs vid införandet av utdelningsvyn. Superanvändare finns inom olika yrkeskategorier, främst medicinska sekreterare, men även sjuksköterskor och läkare. Superanvändare för läkemedelsmodulen måste dock vara läkare eller sjuksköterska, enligt läkemedelssamordnande sjuksköterska.

Enligt uppgift från intervjuade varierar graden avseende hur väl superanvändarna klarar av sitt supportuppdrag. En uppföljning av supportärenden visade, enligt förvaltningsledaren för IT, att 60% av frågorna var sådant som superanvändarna skulle ha svarat på. Det leder till att många ärenden som superanvändarna förväntas lösa direkt istället går till COSMIC support, vilket kan innebära att det tar utvecklingstid från modulansvariga. Enligt förvaltningsledare IT finns hos vissa superanvändare en uppfattning om att uppdraget var något som bara sträckte sig över införandeperioden våren 2015.

Det framhålls att individanpassade utbildningsinsatser bör genomföras och att det behöver avsättas tid för superanvändarnas uppdrag.

### **Införandet kan inledningsvis medföra produktionsbortfall**

Enligt läkemedelsansvarig läkare har erfarenheter från andra regioner som infört utdelningsvyn visat att all berörd personal behöver utbildas för att införandet ska bli framgångsrikt samt att ordinationsmallarna är framtagna och helt genomarbetade.

Enligt flera intervjuade bör utbildningarna helst genomföras av en kollega, t.ex. att läkare utbildas av läkare, då de har samma "tänk". Det ställer dock krav på hälso- och sjukvårdsverksamheten att tillhandahålla dessa resurser för att utbildningsinsatser ska kunna genomföras.

Enligt verksamhetschef för infektionskliniken genomfördes införandet inom befintlig ekonomisk ram vilket medförde en påfrestning på verksamheten när det gällde att klara produktionen, bland annat på grund av att mycket tid gick till utbildningsinsatser.

Brist på apotekarresurser inom läkemedelsenheten medförde också en påfrestning för verksamheten då en av klinikens läkare fick avsätta mycket tid för att ta fram ordinations-

<sup>22</sup> Se beskrivning av modulansvarigas uppdrag 6.1.1

mallarna. Läkares medverkan vid framtagande av ordinationsmallar är dock en förutsättning då de måste beställas och godkännas av läkare, uppger läkemedelsansvarig läkare. Hon uppger vidare att klinikens förseningar av mallarbetet berodde på att kliniken inte i tid förstod vilket uppdrag de hade och att den tid som avsatts inte var tillräcklig. Enligt läkemedelssamordnande sjuksköterska köptes en konsulttjänst från Cambio speciellt för att ta fram ordinationsmallar för infektionskliniken.

Enligt intervjuad områdeschef inom Område ortopedi, där införandet är i planeringsstadiet, finns det inom området resurser för att klara ett införande av läkemedelvyn, men produktionen och tillgängligheten kommer troligen bli påverkad.

Läkemedelsansvarig läkare anser att regionledningen inte riktigt insett vilken påverkan införandet har på produktionen. Hon är själv ansvarig för införandet inom primärvården som skjutits fram på grund av tidsbrist hos hälsocentralerna. Hon hade vid tidpunkten för intervjun fortfarande inte fått besked om när införandet ska påbörjas.

### **Bedömning:**

Revisionsfråga 6:

Finns förutsättningar i form av resurser och kompetenser som motsvarar behovet för att genomföra utvecklingsarbetet?

- Vår bedömning är att resurser inte har säkerställts i tillräcklig omfattning för att kunna bedriva utvecklingsarbetet avseende införandet av utdelningsvyn. Framst saknas kompetenser för ett effektivare arbete med framtagande av ordinationsmallar och rutiner, bl.a. nämns apotekare som en stor resursbrist.
- Det behövs en tydligare styrning av befintliga resurspersoner i verksamheten som behövs för utvecklingsarbetet. Superanvändare är ett exempel på en resurs som i dagsläget inte nyttjas på ett optimalt sätt.

## **6.4 UPPFÖLJNING OCH UTVECKLING**

### **6.4.1 Uppföljning av utvecklingsarbetet**

Av COSMIC styrgrupps minnesanteckningar, innan överlämnandet av uppdraget till Styrgrupp läkemedel, framgår att införandet skulle ske i form av ett eget projekt enligt regionens projektmodell. Som vi tidigare nämnt blev aldrig projektmodellen tillämpad utan införandet av utdelningsvyn blev i stället en del i uppdraget "Stärka säker läkemedelshantering"<sup>23</sup>.

#### **Övergripande uppföljning av uppdraget och handlingsplanen**

Eftersom uppdraget "Stärka säker läkemedelshantering" finns med som en del i den övergripande handlingsplan för läkemedel ska uppföljning av införandet av utdelningsvyn ske i samband med uppföljningen handlingsplanen<sup>24</sup>. Av handlingsplanen framgår att planen ska följas upp av styrgrupp läkemedel vid varje tertiäl och i samband med tertiälrapport, delår- och årsbokslut.

<sup>23</sup> Uppdrag stärka säker läkemedelshantering 2018-06-29 Centuri nr 44635-1

<sup>24</sup> Övergripande handlingsplan läkemedel 2019 RS/1591/2018



Enligt läkemedelsstrategen görs uppföljningsrapporter av den övergripande handlingsplanen varje kvartal. Rapporten godkänns av styrgrupp läkemedel och publiceras efter styrgruppens ordförandes godkännande i Centuri. När det gäller den uppföljning som redovisas i delårsrapporten uppger läkemedelsstrategen att hon fått instruktioner från staben om att begränsa uppföljningen till några korta rader. Utifrån detta framgår inte någon uppföljning av införandet av utdelningsvyn i delårsrapporten per augusti 2019<sup>25</sup>.

Enligt regionens styrmodell är det regiondirektören som beslutar om handlingsplanerna<sup>26</sup>. Huruvida regiondirektören får kännedom om uppföljningen av den övergripande handlingsplanen för läkemedel kan inte läkemedelsstrategen svara på. Hon rapporterar till styrgrupp läkemedel som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Av minnesanteckningarna från Styrgrupp läkemedel framgår att uppdraget "Stärkt läkemedelshantering" har följts upp bland annat i april 2019.

### **Uppföljning av införandeprocessen vid infektionskliniken**

Vid infektionskliniken följdes införandet upp genom löpande träffar mellan utsedda sjuksköterskor och en representant från läkemedelsenheten och särskilda möten med läkarna, uppger läkemedelsstrategen.

Infektionskliniken uppmanades att lämna synpunkter på införandet. En lista togs fram av kliniken med förbättringsmöjligheter avseende införandeprocessen som överlämnades till COSMIC läkemedelsgrupp. Enligt verksamhetschefen saknades en genomtänkt struktur för uppföljningen av införandeprocessen. Läkemedelsansvarig läkare menar dock att strukturen för införandet var något som togs fram av COSMIC läkemedelsgrupp och verksamhetschefen tillsammans.

Läkemedelsstrategen uppger att det är för ostrukturerat och oklart vem som ansvarar för uppföljning över lag, men att det förväntas att hon ska ansvara för att det sker en uppföljning. Hon uppger dock att hon saknar tid för detta.

### **Utvärdering utifrån uppföljning**

Enligt minnesanteckningarna från Styrgrupp läkemedels möte i november 2018 skulle införandet av utdelningsvyn utvärderas under december månad<sup>27</sup>.

Av efterföljande minnesanteckningar från styrgruppen har vi dock inte kunnat utläsa att en sådan utvärdering ägt rum. Enligt läkemedelsstrategen och läkemedelssamordnande sjuksköterska gjordes denna utvärdering inom COSMIC läkemedelsgrupp. I några av gruppens minnesanteckningar finns en rubrik med benämningen Status Dialys och Status infektion<sup>28</sup>. Någon rubrik om utvärdering finns dock inte i minnesanteckningarna.

Läkemedelsstrategen uppger att det finns minnesanteckningar från uppföljningen vid infektionskliniken och att de synpunkter som framkom har tagits upp vid COSMIC läkemedelsgrupps möten.

### **6.4.2 Tillvaratagande av resultatet**

Läkemedelsstrategen uppger att vidtagna åtgärder utifrån vad utvärderingen visat framgår av minnesanteckningarna och de riskanalyser som genomförts inom medicinområdet. Någon samlad utvärdering finns dock inte utöver den som infektionskliniken gjort. Utifrån infektionskliniken synpunkter på införandeprocessen förbättrades utbildningsplanering

<sup>25</sup> Delårsrapport per aug 2019 - Bilaga 2 Uppföljning av regionsövergripande handlingsplaner augusti 2019

<sup>26</sup> Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell Dnr: RS/101/2015

<sup>27</sup> Minnesanteckningar Styrgrupp läkemedel 2018-11-30

<sup>28</sup> Minnesanteckningar COSMIC läkemedel 2019 och 2018

och ansvarsfördelningen (checklistan) till det stora införandet på medicinområdena, uppger verksamhetschefen för Infektion.

Även läkemedelsansvarig läkare uppger att åtgärder vidtagits utifrån erfarenheter som framkommit från andra regioner som infört utdelningsvyn. Ett exempel på sådana åtgärder uppges vara att medicinskt ledningsansvariga läkare MLA och läkare med ett medicinskt ledningsuppdrag MLU ska vara med tidigt i processen, att ordinationsmallarna ska vara helt genomarbetade inför införandet och vikten att informera om att berörd personal ska utbildas.

Av minnesanteckningar från COSMIC läkemedelsgrupp och Styrgrupp läkemedel framgår att några åtgärder har vidtagits som resultat av uppföljningarna t.ex. har vikten av att utbilda MLU tidigt i processen tydliggjorts och problematik med att ta sig in i läkemedelsrummen utan att behöva logga ur datorn tillfälligt åtgärdats. Läkemedelsstrategen uppger också att utbildningarnas tillvägagångssätt anpassats enligt de förslag som lämnats från infektionskliniken och att det vid uppstart av införandet vid nya områden tydligare framgår en ansvarsfördelning.

### ***Bedömning:***

Revisionsfråga 7:

Sker uppföljning av om utvecklingsarbetet leder till förväntat resultat, t.ex. genom användarundersökningar, analyser av avvikelserapporter och resultatmått?

- Vi anser att uppföljning är ett förbättringsområde och att rapportering till ansvarig nämnd behöver utvecklas. Införandet av utdelningsvyn är ett omfattande arbete som tar resurser i anspråk och vi anser därför att det är av stor vikt att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden får information om hur processen fortlöper.
- Vi anser att en uppföljning bör ske av hur förvaltningsmodellen fungerar i praktiken.

Revisionsfråga 8:

Tillvaratas resultatet av uppföljningen i det fortlöpande utvecklingsarbetet?

- Vi anser att resultatet av uppföljningar till viss del har tillvaratagits i det fortlöpande utvecklingsarbetet. En viktig del i ett förbättringsarbete är dock uppföljning och utvärdering av genomförda insatser. Vi anser därför att dessa delar bör utvecklas t.ex. genom att tydliggöra vad som ska ske och när samt att tydligare dokumentera de utvärderingar som genomförts för att ta tillvara på viktiga iakttagelser och säkerställa att det fortsatta arbetet inte är personberoende.

## 7 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
1. Finns en tillfredsställande organisation för utvecklingsarbetet där uppdrag, ledning och mandat är tydligt?	Delvis	"På pappret" tydlig, men fungerar inte på avsett sätt i praktiken.
2. Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan de olika aktörer som är delaktiga i utvecklingsarbetet?	Delvis	"På pappret" tydlig, men fungerar inte på avsett sätt i praktiken.
3. Finns en ändamålsenlig process för att inventera och bevaka behovet av utvecklingsinsatser?	Delvis	Vi saknar en tydlig process kopplat till avvikelserapportering.
4. Sker prioritering av utvecklingsinsatser utifrån ett kvalitets- och patient-säkerhetsperspektiv samt effektivitetsperspektiv?	Nej	
5. Finns risk- och konsekvensanalyser framtagna som underlag vid prioritering av utvecklingsinsatser?	Delvis	Risk- och konsekvensanalyser finns framtagna. Dock har vi inte kunnat se att de används som underlag för prioriteringar av utvecklingsinsatserna.
6. Finns förutsättningar i form av resurser och kompetenser som motsvarar behovet för att genomföra utvecklingsarbetet?	Nej	
7. Sker uppföljning av om utvecklingsarbetet leder till förväntat resultat, t.ex. genom användarundersökningar, analyser av avvikelserapporter och resultatmått?	Delvis	Det sker en uppföljning, men den borde kunna vara mer sammanfattande och innehålla en analys av vilka åtgärder som bör vidtas.
8. Tillvaratas resultatet av uppföljningen i det fortlöpande utvecklingsarbetet?	Delvis	Åtgärder har vidtagits. Dock saknar vi åtgärder kopplat till iakttagna brister i styrning, ledning och prioritering av resurser.

## 8 KVALITETSSÄKRING

---

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledarna svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledarna har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

## 9 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

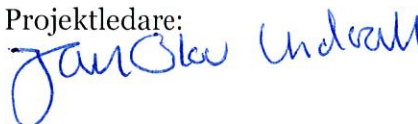
---

Projektledare:



Therese Norrbelius  
Certifierad kommunal revisor

Projektledare:



Jan-Olov Undvall  
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabriellsson  
Revisionsdirektör