

Regionstyrelsen

Granskning av Kunskapsstyrning

Revisorerna för Region J/H har genom sitt revisionskontor genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande.
- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några nationella riktlinjer som berör både specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finansieras genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att dokumentation som hör samman med införande av nationella riktlinjer finns sökbar och tillgänglig.
- Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

Vi emotser senast den 2:a maj 2016 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen



Annelie Bengtsson
Ordförande



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga

Rapporten Granskning av kunskapsstyrning

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Regionöverläkare
Områdeschef för Kvinnosjukvård
Områdeschef för Primärvård

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET



REVISIONSRAPPORT
GRANSKNING AV
Kunskapsstyrning

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND	4
	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
	REVISIONSKRITERIER.....	5
	METOD	5
3	RESULTAT.....	6
	BEVAKA OCH INHÄMTA KUNSKAP	6
	IMPLEMENTERA NYA METODER	7
	IDENTIFIERA OCH UTMÖNSTRA INAKTUELLA METODER	10
	KONTROLLERA FÖLJSAMHETEN TILL AKTUELLA METODER.....	10
	INFORMERA STYRELSEN OM KUNSKAPSUTVECKLINGEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	11
	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA.....	12
4	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	13
5	LITTERATURFÖRTECKNING.....	14

1 SAMMANFATTNING

Revisorerna för Region J/H har genom sitt revisionskontor genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande.
- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några nationella riktlinjer som berör både specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finansieras genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att dokumentation som hör samman med införande av nationella riktlinjer finns sökbar och tillgänglig.
- Det finns en rutin att i samband med att nya nationella riktlinjer och liknade införs göra en genomgång av förekomsten av inaktuella metoder. Vi anser att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.
- Vi anser att rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling inte är heltäckande. Enligt regionens regler ska bristande följsamhet till vårdprogram enbart rapporteras i de fall en vårdskada inträffat, till skillnad mot Socialstyrelsens föreskrift. Tidigare granskningar har dock visat att det finns en stor underrapportering av vårdskador, vilket medför att uppföljningen av följsamheten inte blir heltäckande genom detta tillvägagångssätt.
- Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Kunskapsstyrning ingår som en väsentlig del i det systematiska kvalitetsarbetet. I begreppet kunskapsstyrning ingår bl.a. att bevaka och inhämta ny kunskap, att implementera nya behandlingsmetoder samt att utmönstra gamla behandlingsmetoder.

Om inte kunskapsstyrning fungerar på ett tillfredsställande sätt innebär det en risk för att regionen halkar efter i kunskapsutvecklingen och på sikt inte kan tillhandahålla en likvärdig vård i jämförelse med övriga landet.

Regionen har under ett flertal år haft svaga behandlingsresultat i jämförelse med övriga landet enligt Öppna Jämförelser (Ö J). Vi har dock noterat i den senaste Ö J (2014) en förbättring av behandlingsresultaten inom vissa områden. Årsvisa förändringar i resultaten från Ö J bör emellertid tolkas med viss försiktighet, då slumpvisa variationer mellan åren får relativ stor påverkan på resultatet för en liten region som Jämtland/Härjedalen.

SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Revisionsfrågor

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att bevaka och inhämta kunskap om nya metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att implementera nya metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att identifiera och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur regionen förhåller sig till andra regioner och landsting avseende detta?

Avgränsning

Granskningen avgränsas till Regionstaben och områdena Kvinnosjukvård och Primärvård.

REVISIONSKRITERIER

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9
- Internkontrollreglemente LS/1477/2014
- Regionplan 2016-2018

METOD

Granskningen utförs genom fem djupintervjuer och dokumentanalys.

3 RESULTAT

BEVAKA OCH INHÄMTA KUNSKAP

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall vård ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att vården skall ges utifrån bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag, klinisk erfarenhet och patienternas preferenser (1). Enligt Patientsäkerhetslagen har all vårdpersonal en skyldighet att hålla sig informerad om vad som gäller avseende detta (2).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är verksamhetschefen inom sitt område ytterst ansvarig för att tillse att det finns rutiner och vårdprocesser som utgår från aktuell kunskap (1).

Ansvarsfördelning har förtydligats

Det finns inga områdesövergripande rutiner för kunskapsinhämtning, förutom när det gäller införandet av nationella riktlinjer.

Landstingsöverläkaren anser att tydlig ansvarsfördelning är viktigare än rutiner avseende kunskapsinhämtning och nämner att uppdraget för MLU (medicinskt ledningsuppdrag) har förtydligats avseende kunskapsstyrning. (3). En ny befattning som MLA (medicinsk ledningsansvarig) har beslutats i organisationen och är under införande, vilken också har betydelse för kunskapsinhämtning, enligt landstingsöverläkaren.

Nationella riktlinjer

Enligt de intervjuade sker en stor del av kunskapsinhämtningen genom nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram. Enligt uppgift är nationella riktlinjer både faktabaserade och väl utprovade och anses ha en hög status inom professionen. Omfattningen av nationella riktlinjer uppges öka.

Landstingsöverläkaren och vårdstrategen inom den sjukvårdspolitiska enheten har i uppdrag att bevaka nyheter kring nationella riktlinjer och är regionens officiella mottagare av dessa.

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering)

SBU uppges också vara en viktig källa för kunskapsinhämtning. SBU gör vetenskapliga och hälsoekonomiska utvärderingar av medicinsk teknik och metodik och ger ut rapporter som riktar sig både till professionen och politiker, enligt intervjuer.

Landstingsöverläkaren deltar i möten arrangerade av (SBU) 4-5 ggr/år.

Kvinnokliniken

Inom område Kvinna finns processansvariga som har motsvarande uppdrag som MLU avseende kunskapsinhämtning, enligt verksamhetschefen. MLA har sedan tidigare funnits inom området.

Inom område Kvinna sker kunskapsinhämtningen framförallt via specialistläkarföreningen SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi). Kvinnokliniken uppger att man har fem-sex representanter i denna förening som träffas en gång per termin. SFOG tar fram rapporter med råd och behandlingsriktlinjer. Kvinnokliniken har också en representant i kvalitetsregistret Gyn-op.

En brist när det gäller kunskapsinhämtning är, enligt verksamhetschefen, att området till vissa delar saknar fast läkarbemanning. Efter omständigheterna har området dock en tillfredställande kunskapsinhämtning, enligt verksamhetschefen och MLA.

Primärvården

Primärvårdens fortbildningsdagar (Primärvårdsdagarna) tillsammans med läkarnas egenbevakning via läkartidningen, SBU- rapporter och läkarträffar vid hälsocentralen utgör basen i kunskapsinhämtning, enligt den medicinska samordnaren för primärvården.

Inom stora delar av primärvården saknas fast läkarbemanning och på vissa hälsocentraler saknas MLU. Saknas MLU blir kvalitén sämre vid läkarträffarna, enligt den medicinska samordnaren. De hälsocentraler som helt saknar fast läkarbemanning och/eller saknar MLU har en sämre kunskapsinhämtning, enligt den medicinska samordnaren.

Den medicinska samordnarens uppdrag avseende kunskapsstyrning motsvarar den medicinska ledningsansvarige (MLA) och är områdeschefen behjälplig i dessa frågor.

Bedömning

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande. Uppenbarligen är befattningen svår att tillsätta då den inom vissa hälsocentraler varit obesatt under ett flertal år. Det är därför viktigt att hitta andra arrangemang för att upprätthålla funktionen.

IMPLEMENTERA NYA METODER

Nationella vårdprogram

När det gäller implementering av nationella riktlinjer finns en särskild utarbetad rutin och organisation för detta (4).

Det är landstingsöverläkaren och vårdstrategen som skall se till att det inom regionen sker en beredning av de nationella riktlinjerna.

Beredningen påbörjas med att en programgrupp tillsätts med uppgift att göra en analys mellan nuvarande nivå och den nivå som följer av riktlinjerna, en s.k. GAP- analys. Beredningen handlar också om att se över vad som inte längre ska göras. GAP- analys skall återfinnas i Centuri, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören fokuserar programgruppen på vad som är högst prioriterat i riktlinjerna och vad som inte längre behöver göras.

Efter att programgruppens arbete är klart skrivs en rapport där åtgärderna kostnadsberäknats. Rapporten fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören. Det upprättas dock inget diariet för ärendet i samband med att beredningen påbörjas.

Inprioriteringar har upphört

Riktlinjer som inte medför väsentligt ökade kostnader och enbart berör ett område kan införas direkt utan beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. I andra fall förs ärendet vidare till regiondirektören och ibland även till regionstyrelsen för beslut (4).

Enligt uppgift har ökade kostnader, till följd av införandet av nya behandlingsmetoder, tidigare skett genom en s.k. inprioritering. Inprioriteringar förutsatte att det gjordes utprioriteringar som frigjorde ekonomiskt utrymme. Utprioriteringar var sådant som var lägst prioriterat och som landstinget inte var skyldigt att utföra utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt de intervjuade har alla sådana utprioriteringar redan gjorts och detta sätt att frigöra ekonomiskt utrymme för satsningar är inte längre möjligt.

Det ovan nämnda, tillsammans med regionens svåra ekonomiska situation, innebär att nationella riktlinjer måste finansieras genom att kostnader inom området istället omfördelas, eller att det sker en omfördelning mellan områdena. Enligt landstingsöverläkaren är det dock inte alltid som en sådan omfördelning kan ske.

Prioriteringsgrupp

Det finns en prioriteringsgrupp som har till uppgift att prioritera olika nya metoder och behandlingar mot varandra, s.k. horisontell prioritering. Det handlar om både nationella riktlinjer och rekommendationer i övrigt, som rekommendationer från specialistläkarföreningar.

Denna grupp består av samtliga områdeschefer, landstingsöverläkare och hälso- och sjukvårdsdirektören och har sina möten i mars, enligt landstingsöverläkaren. Gruppen finns dock inte beskriven i dokumentet "Arenor och grupper för ledning och styrning" (5).

Prioriteringsgruppens arbete utmynnar i en lista över åtgärder som ska-, bör- eller kan införas. Listan uppges föras vidare till regiondirektören för beslut och i vissa fall vidare till regionstyrelsen. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören m.fl. är det inte självklart att även åtgärder som prioriterats högst också införs pga. avsaknad av finansiering.

De åtgärder som inte kan genomföras pga. brist på finansiering återfinns i en lista över ofinansierade behov (bil. 1). Denna lista finns dock inte registrerad eller diarieförd. Enligt landstingsöverläkaren informeras regionstyrelsen om denna lista.

Nationella riktlinjer resulterar i vårdprogram

Efter beslut om att nationella riktlinjer ska införas sker antingen en revidering av befintligt vårdprogram eller att det tas fram ett helt nytt vårdprogram. Vårdprogram läggs in i Centuri och har en tidpunkt när det måste förnyas/godkännas för att det fortsättningsvis skall vara giltigt. Det har framkommit kritik mot Centuri som upplevs allt för tidskrävande.

Implementering inom primärvården

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården berörs primärvården ofta av nationella riktlinjer, men det är sällan som nationella riktlinjer enbart riktar sig till primärvården.

Implementering av nya vårdprogram inom primärvården sker via en distriktsläkarkonferens. Läkarna har där möjlighet att lämna synpunkter innan vårdprogrammet fastställs och läggs in i Centuri.

Enligt den medicinska samordnaren finns det problem med att söka dokument i Centuri. För stafettläkare finns därför en särskild pärm med vårdprogram, rutiner och riktlinjer.

Enligt den medicinska samordnaren saknas i de nationella riktlinjerna en beskrivning hur ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård skall se ut. Detta blir något för vårdgivaren att ta ställningen till.

Den medicinska samordnaren anser att i vissa fall ser man inte till hela vårdkedjan utan fastnar i organisatoriska delar och nämner som exempel riktlinjer för behandling av utmattningsdepression och riktlinjer för att förebygga urkalkning av skelettet (osteoporos).

När det gäller behandling av utmattningsdepression anger nya riktlinjer att det bör ske en psykiatrisk bedömning om det även kan finnas någon annan underliggande diagnos, t.ex. bipolär sjukdom typ 2¹, enligt den medicinska samordnaren. Som följd av nuvarande organisatoriska uppdelning mellan psykiatri och primärvård sker inte detta idag.

¹ Bipolär II (bipolär typ 2) består av korta inslag av manier med återkommande depressioner.

Införandet av en fraktursköterska ingår som del i nationella riktlinjer om att förebygga osteoporos, men funktionen har inte införts pga. avsaknad av finansiering inom område ortopedi. Enligt den medicinska samordnaren är regionen ett av fåtal regioner och landsting där riktlinjerna inte är införda. Riktlinjerna skulle medföra en minskat lidande och en kostnadsminskning på sikt då det blir färre frakturer att behandla.

Zamsyn- dokument

För att få till en effektivare vårdprocess mellan primärvård och specialiserad vård har Zamsyn- dokument tagits fram. Dessa dokument uppges vara en del av kunskapsstyrningen. Enligt flera av de intervjuade är det önskvärt med fler Zamsyn- dokument. Men pga. brist på fast läkarbemannning inom primärvården har dokumenten inte kunnat tas fram i den utsträckning som varit önskvärd.

Implementering – område Kvinna

Det finns ännu inga nationella riktlinjer framtagna för kvinnosjukvården. Deras motsvarighet till nationella riktlinjer är det som deras specialistläkarförening rekommenderar.

Implementering av nya metoder sker framförallt vid läkarmöten. Information om nya metoder läggs in i en egen konferens. Nya vårdprogram fastställs av både verksamhetschefen och MLA.

Om införandet av en ny metod medför väsentlig utökade kostnader, ett utökat uppdrag eller etiska ställningstagande förs ärendet vidare till regionledningen. Man nämner som exempel införandet av infertilitetsutredning och fosterdiagnostik, båda dessa ärenden fördes vidare till regionstyrelsen.

Ibland fattas beslut om att införa nya metoder som innebär utökade kostnader, men där dessa inte prioriterats av regionledningen, t.ex. införandet av nya cancerläkemedel. I dessa fall får området själv ta kostnaden, och införandet blir en del av områdets underskott.

Styrgrupp läkemedel

För varje nytt läkemedel fattar styrgruppen en rekommendation till hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppens minnesanteckningar skall publiceras på Insidan. Beslut som tas av hälso- och sjukvårdschefen skall återfinnas i regionens beslutsprotokoll (6).

Bedömning

- Enligt regionens regler (7) diarieförs ett ärende när beredningen av ärendet påbörjas, vilket för nationella riktlinjer är när programgruppen tillsätts. De dokument som hör till ett ärende bör registreras som GAP- analys, beslut av regiondirektören etc. Rutinen för implementering av nationella riktlinjer bör därför kompletteras med en instruktion för detta.
- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några riktlinjer som berör specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att information avseende prioriteringar finns sökbar och tillgänglig. Frågor om kvalitet är regionstyrelsens ansvar och går inte att delegera. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i

praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finansieras genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.

- Vi anser att den kritik mot Centuri som framkommer i denna granskning bör tas på allvar och åtgärder vidtas. Liknande kritik har framkommit vid ett flertal granskningar. Vi anser att systemet skall utformas så att det skall vara enkelt att göra rätt och svårt att göra fel. Om Centuri anses allt för tidskrävande finns en risk för att parallella strukturer för dokumenthantering uppkommer vilket är både ineffektivt och patientosäkert.

IDENTIFIERA OCH UTMÖNSTRAS INAKTUELLA METODER

I kunskapsutveckling ingår, enligt de intervjuade, även att utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling. I samband med införandet av nationella behandlingsriktlinjer uppges att inaktuella metoder utmönstras. På förekommen anledning brukar landstingsöverläkaren kontrollera att inte gamla metoder lever kvar. Det sker dock ingen sådan rutinmässig kontroll.

Primärvård

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården sker identifiering av inaktuella metoder i samband med genomgång av SBU- rapporter och översyn av vårdprogram. Som exempel på inaktuella metoder nämns ljusterapi och allmänna hälsokontroller.

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården kan det finnas behov av att ensa i vissa snarlika vårdprogram och nämner som exempel behandling av anafylaxi (allergisk chock). Av den typen av vårdprogram bör det enbart finnas ett, enligt den medicinska samordnaren.

Kvinnokliniken

Inom område kvinna sker en utmönstring av inaktuella metoder i samband med att nya metoder införs. I Centuri tas då den inaktuella metoden bort.

Bedömning

- Det finns en rutin att i samband med att nya nationella riktlinjer och liknade införs göra en genomgång av förekomsten av inaktuella metoder. Där vårdprogram inte så ofta förnyas uteblir följaktligen dessa kontroller. Vad som framkommit från intervjuerna saknas dock inte ytterligare rutiner. Vi anser därför att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.

KONTROLLERAR FÖLJSAMHETEN TILL AKTUELLA METODER

Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete uppstår en avvikelse om personalen inte arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet (8). Inom regionens regler för avvikelserapportering definieras inte en sådan situation som en avvikelse.

För att en avvikelse skall rapporteras i regionens avvikelserapporteringssystem skall en händelse som innebär att en vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa. Bristande följsamhet till aktuella metoder kan dock vara en bakomliggande orsak till att en vårdskada uppkommit och då framkommer denna brist i den efterföljande utredningen, enligt de intervjuade.

En uppföljning av nationella riktlinjer planeras ske efter 1-2 år efter det att riktlinjerna införts. Uppföljning resulterar i en slutrapport där det ska framgå hur väl riktlinjerna fungerar och tillämpas. Det är den hälso- och sjukvårdspolitiska enheten som ska initiera verksamheten att göra denna uppföljning. Slutrapporten ska efter färdigställande diarieföras.

Primärvården

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården kan ett avsteg från fastställda riktlinjer vara befogad ibland och därför vore det fel att rutinmässigt avvikelserapportera sådana avsteg.

Kvinnokliniken.

Om avsteg görs till gällande rutin skall detta registreras och motiveras i journalen. Det sker ingen systematisk uppföljning av journaler avseende detta.

Bedömning

- Enligt regionens regler ska bristande följsamhet till vårdprogram enbart rapporteras i de fall en vårdskada inträffat, till skillnad mot Socialstyrelsens föreskrift. Tidigare granskningar har dock visat att det finns en stor underrapportering av vårdskador, vilket medför att uppföljningen av följsamheten till aktuella metoder inte blir heltäckande genom detta tillvägagångssätt.
- En uppföljning av tillämpningen av riktlinjerna planeras efter 1-2 år. För att kunna följa upp hur väl riktlinjerna tillämpats i verksamheten måste det finnas någon form av rutin för att systematiskt följa upp följsamheten till riktlinjerna. Det oklart hur denna uppföljning kommer att se ut.

INFORMERA STYRELSEN OM KUNSKAPSUTVECKLINGEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Regionstyrelsen är ytterst ansvarig för att kvalitén i vården är god, enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det sker årligen en redovisning av Öppna Jämförelser inför styrelsen, enligt de intervjuade.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören och landstingsöverläkaren blir styrelsen informerad om listan över de högst prioriterade delarna av nationella riktlinjer som inte införts. Enligt landstingsöverläkaren m.fl. är det viktigt att styrelsen blir informerad om angelägna behov som inte kan genomföras pga. bristande ekonomi.

Bedömning

- Det finns rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att detta område i högre grad borde vara beslutsärenden. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Svar
Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att bevaka och inhämta kunskap om nya metoder för diagnostik, vård och behandling?	De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap.
Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att implementera nya metoder för diagnostik, vård och behandling?	Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några riktlinjer som berör specialiserad vård och primärvård. Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används.
Finns tillfredsställande rutiner för att identifiera och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?	Vi anser att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.
Finns tillfredsställande rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?	Vi anser att rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling inte är heltäckande.
Finns tillfredsställande rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur regionen förhåller sig till andra regioner och landsting avseende detta?	Det finns rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att detta område i högre grad borde vara beslutsärenden i de fall ställningstagande till finansiering och införande behöver ske.

4 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare²:



Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring³:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

5 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Lars-Åke Johnsson, Jan-Sahlin.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer - åttonde upplagan.* 2010. ISBN:978-91-39-11122-1.
2. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** *Patientsäkerhetslagen - en lag till skydd mot vårdskada - Författningstexter med kommentarer.* Lidingö : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN: 978-91-7864-216-8.
3. **Region Jämtland Härjedalen.** *Beslut om organisation inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.* 2016. Dnr:RS/1379/2015.
4. —. *Beredning av nationella riktlinjer.* 2015. Reg.nr. Centuri:23181-4.
5. —. *Arenor och grupper för ledning och styrning Version:6.* 2016. Dnr:LS/76/2012.
6. —. *Beslutsprotokoll 2015.* Dnr:RS/195/2015.
7. —. *Regler för ärendehantering - version 2.* 2015. Dnr:LS/394/2013.
8. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete - handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd.* 2012. ISBN:978-91-87169-50-2.