VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Granskning av vård på lika villkor

Delstudie 2

Dnr: Rev 2016 - 00148

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 7 februari 2018

Innehållsförteckning

1. Inledning **3**
2. Strokevård **6**
2.1 Styrelsen för NU-sjukvården 6
2.2 Norra hälso- och sjukvårdsnämnden 10
3. Ljumskbråck **13**
3.1 Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd 13
4. Höftfrakturer **15**
4.1 Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset 15
4.2 Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd 18
5. Läkemedel och rökningsuppgift inom Närhälsan **20**
5.1 Primärvårdsstyrelsen 20
5.2 Östra hälso- och sjukvårdsnämnden 23
5.3 Norra hälso- och sjukvårdsnämnden 26
6. Ägarnas ansvar för en jämlik vård **27**
6.1 Regionstyrelsen 29
5.2 Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 37
7. Sammanfattande bedömning och rekommendationer **47**

Sammanfattning

Granskningen handlar om att vården ska ges på lika villkor. Det ska inte spela någon roll vart du bor i regionen. Det får inte finnas skillnader som är väsentliga och omotiverade. När det finns omotiverade och väsentliga skillnader så är vården ojämlik. VGR bryter då mot hälso- och sjukvårdslagens grundläggande krav – en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vi såg omotiverade och väsentliga skillnader inom strokevård, kirurgi och ortopedi när det gällde specialistvården. Vi såg också skillnader inom primärvården som gällde läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete kring rökning för astmatiker och förskrivning av antibiotika (Se vidare Dnr REV 2016-00148). Vi har tagit dem som utgångspunkt för denna granskning. Om det finns vård som inte är jämlik som dessutom är väl synlig i statistiken under en lång tid så bör VGR åtgärda det. Vi ville se om det finns bra beslut om hur nämnderna och styrelserna enskilt och sammantaget ska se till att sådana ojämlikheter försvinner. Vi ville också se om de besluten genomförs.

Ansvaret för att hantera den ojämlika vård vi lyft fram ligger på många olika nämnder och styrelser som har flera olika roller i VGR. Därför har vi fått granska flera nämnder/styrelser – regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, Östra hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset och styrelsen för NU-sjukvården. Även om de har olika roller så har de likartade grunduppgifter. För det första måste de se till att de har tillräckligt med information så att de känner till om och i så fall var vården är ojämlik. För det andra behöver de göra något åt problemet, det vill säga styra. För det tredje behöver de ha koll på att styrningen faktisk genomförs och fungerar.

Vi kom fram till att det inte fungerar. Framförallt är problemet att långvariga kvalitetsbrister och ojämlikheter finns kvar år efter år. I de flesta fall känner nästan alla till bristerna och de konstateras år efter år i uppföljningar. Vi bedömer att utförare och beställare inte omvärderar sin styrning när den inte fungerar. Vi bedömer också att de inte frågar sin förvaltning i tillräcklig utsträckning om deras styrning verkligen är effektiv med tanke på att den inte tycks ge några mer upplyftande resultat. Vi bedömer att de i så fall kan ge förvaltningen formella uppdrag att säkerställa att styrningen är effektiv och om den inte är det så bör styrningen förändras så att den blir bättre. I några fall kanske anledningen till att styrningen inte är effektiv är att det finns omständigheter som inte styrelsen bestämmer över. Då bedömer vi att styrelsen borde kommunicera det till fullmäktige eftersom att det är ett hinder för att nå de mål som fullmäktige beslutat om.

Det här gäller inte bara utförare och beställare. Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen borde ha dragit slutsatser av sin styrning som i de fall vi granskat inte lett till tillräckligt bra resultat. Vi menar att ledningssystemet för hälso- och sjukvården inte är tillräckligt bra utformat när det gäller slutklämmen i systemet som handlar om att vidta åtgärder när brister finns under flera år. Vi menar också att hälso- och sjukvårdsstyrelsen borde ha dragit slutsatser om hälso- och sjukvårdssystemet som de äger och utifrån det föreslagit åtgärder.

1. Inledning

Den här granskningen handlar om att vården ska ges på lika villkor. Det ska inte spela någon roll vart du bor i regionen. Oavsett om en patient bor i norra, södra, västra eller östra delen av regionen ska kvaliteten på vården vara god. Det får inte finnas skillnader som är väsentliga och omotiverade[1]. Väldigt små skillnader kanske kan betraktas som likvärdig vård ändå för att det spelar en liten roll. Skillnader kan också finnas som beror på att exempelvis ett sjukhus tar emot extra komplicerade fall. I statistiken kan det då se ut som att sjukhuset har en lägre kvalitet jämfört med andra sjukhus, men i själva verket är jämförelsen orättvis.

Vården är jämlik när inga omotiverade och väsentliga skillnader finns. När det finns omotiverade och väsentliga skillnader så är vården ojämlik. VGR bryter då mot hälso- och sjukvårdslagens grundläggande krav – en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Hur vet vi med säkerhet att vården är helt jämlik? Det finns många olika sätt att mäta det och resultatet beror på vad vi väljer att mäta. Vi har valt att granska om kvaliteten på vården är jämlik i regionen. Vi har valt att utgå från att god kvalitet definieras av att professionen är överens med politiken om att en viss kvalitetsindikator är viktig i relation till andra möjliga kvalitetsindikatorer som kan väljas istället. De kvalitetsindikatorer och målnivåer vi valt ut har en professionell legitimitet då den bygger på ingående medicinsk kunskap, men också en politisk legitimitet då det är de förtroendevalda på uppdrag av medborgarna som beslutat om att indikatorn är viktig och att målet ska gälla.

Vi såg omotiverade och väsentliga skillnader inom strokevård, kirurgi och ortopedi när det gällde specialistvården. Vi såg också skillnader inom primärvården som gällde läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete kring rökning för astmatiker och förskrivning av antibiotika[2]. Vi har tagit dem som utgångspunkt för denna granskning. Vi har inte själva gjort bedömningen att ojämlikhet finns inom dessa områden. Vi har använt VGR: s egna bedömningar som gjorts i verksamhetsanalys och rapporter, men också genom intervjuer med experter.

Ett problem är att inte allt mäts lika bra och ofta. Ibland mäts inte heller det som är mest relevant helt enkelt för att det är svårt att mäta. Många områden som förebyggande hälsovård och psykiatri syns inte lika väl. Nyare behandlingsmetoder i väl etablerade områden syns inte heller så bra. Dessutom är det lättare att se geografiska skillnader och resultat uppdelat på kvinnor och män. Andra aspekter som socioekonomiska förutsättningar, utländsk bakgrund eller sexuell läggning hos patienterna är svårare, oavsett område. Det är därför viktigt att tänka på att rapporten bara tar upp det som syns bra i statistiken, men det finns mycket mer därute. Det finns dock en poäng med att det som syns bra är det vi granskar.

Om det finns vård som inte är jämlik och som dessutom är väl synlig i statistiken under en lång tid så bör VGR åtgärda det. Om VGR inte lyckas åtgärda sådana uppenbara och väl synliga ojämlikheter som funnits länge – hur är det då med ojämlikhet som syns sämre? Vi ville se om det finns bra beslut om hur nämnderna och styrelserna enskilt och sammantaget ska se till att sådana ojämlikheter försvinner. Vi ville också se om de besluten genomförs.

[1] En omotiverad skillnad kan inte förklaras av att patienter har olika medicinska förutsättningar eller olika medicinska behov (Se vidare Vårdanalys, Rapport 2014:7 samt Dnr REV 2016-00148, delstudie 1).
[2] Se delstudie 1 som genomfördes under 2016 (Dnr REV 2016-00148)

Granskningens syfte och revisionsfrågor

Syftet är att bedöma om berörda nämnder och styrelser, såväl enskilt, som samlat i regionen, upprättat en ändamålsenlig styrning och uppföljning mot mål och beslut. Vidare är syftet att bedöma i vilken mån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten i bemötande, vård och behandling av patienterna efterlevs.

Det finns tre huvuduppgifter för samtliga nämnder utifrån de krav som följer av hälso- och sjukvårdslagen och regionfullmäktiges reglementen. Vi ställer våra frågor utifrån dessa uppgifter:

1. **Har nämnden/styrelsen tillräcklig information för att identifiera ojämlik vård?**
   Det innefattar att identifiera ojämlik vård. Om inte tillräcklig information finns så är det svårt att utforma en styrning som är ändamålsenlig i meningen att den angriper relevanta problem.

2. **Har nämnden/styrelsen utformat styrning för att komma till rätta med ojämlik vård?**
   Nämnden/styrelsen behöver utforma styrning utifrån den information de har om vilka problem som behöver lösas, när det gäller ojämlik vård. Det omfattar såväl en grundläggande styrning som att korrigerande och kompletterande åtgärder vidtas när det finns problem med den styrning som genomförs. Om det brister i utformningen så är det svårt att åstadkomma resultat, men också att följa upp verksamheten på ett systematiskt sätt.

3. **Har nämnden/styrelsen säkerställt att styrningen genomförts?**
   Nämnden/styrelsen måste säkerställa att den styrning som utformats också genomförs. Den innefattar att nämnden följer upp sin verksamhet, dels med avseende på resultat men också vid behov verksamhetens processer för att åstadkomma förbättrade resultat. Genomförs exempelvis en handlingsplan på det sätt som var beslutat? Brister genomförandet kan vi inte förvänta oss några resultat.

Beroende på nämndens ansvar så varierar huvuduppgifternas innehåll och syfte. Ett exempel är att regionstyrelsen inte kan förväntas ha samma detaljinformation som en utförarstyrelse. Ett annat exempel är att styrning för hälso- och sjukvårdsstyrelsen kan innebära riktlinjer för hela regionens sjukvård, medan för en utförarstyrelse avgränsade och riktade beslut mot en sjukhusverksamhet. Av bilaga 1 framgår det hur de tre olika uppgifterna är formulerade i reglementena beroende på om det rör sig om utförare, beställare, hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller regionstyrelsen.

Avgränsning

Granskningen kartlägger översiktligt genomförda insatser för samtliga nämnder tillbaka till 2015. En mer detaljerad granskning görs för 2017 fram till oktober och det är från detta år som granskningens bedömningar tar sin utgångspunkt. Vi granskar endast geografisk ojämlikhet utifrån vårt urval som avser strokevård, väntetider till operation av höftfraktur, ljumskbråcksoperationer inom specialistvården. Inom primärvården granskar vi på samma sätt läkemedelsgenomgångar, antibiotikaförskrivning och registrering av rökningsuppgift (Se vidare Vård på lika villkor, delstudie 1 Dnr REV 22-2016). Det bör noteras att nämnderna och

styrelserna vanligen bedriver insatser för en jämlik vård, men som inte specifikt berör vårt urval och därmed inte framkommer i rapporten.

Revisionskriterier

Följande revisionskriterier ska ligga till grund för granskningens bedömningar:

- Kommunallagen 6 kap. 7§
- Kommunallagen 6 kap. 1§
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kapitlet, 1§
- Regionstyrelsens reglemente
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens reglemente
- Hälso- och sjukvårdsnämndernas reglemente
- Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset
- Reglemente för Primärvårdsstyrelsen

I bilaga 2 preciseras revisionskriterierna.

Granskningsansvarig

Granskningsansvarig och övriga projektdeltagare: Andreas Ivarsson, Marianne Förars
Kvalitetsansvarig: Kari Aartojärvi

Revisorskollegiets kontaktrevisorer är: Marie Engström Rosengren, Ulla Göthager

Metod

Upplägget utgörs övergripande av att utfall har identifieras i granskningsprojektets första delstudie och i denna delstudie söks förklaringar till utfallet som kan kopplas dels till hur styrningen är utformad samt dels hur styrningen genomförs. Genom upplägget möjliggörs en kvalitativ bedömning av huruvida styrelsens agerande (styrsystemets utformning och implementering) bidrar, eller inte bidrar i tillräcklig utsträckning, till att uppnå avsedda effekter. Det ska därmed noteras att ambitionen inte avser att göra en fullständig och mer vetenskaplig förklaring av utfallet utan just att kvalitativt bedöma om nämnders och styrelsers agerande bidragit eller inte till utfallet. Samtliga intervjuade (se bilaga 3) har fått möjlighet att faktagranska rapporten. I några fall har dock skriftliga svar lämnats och när de i stort sett används ordagrant har vi gjort bedömningen att faktagranskning inte behövts.

Disposition

Vi väljer att presentera våra iakttagelser och bedömningar utifrån revisionsfrågorna som presenterades tidigare i rapporten, men per utförarstyrelse och beställarnämnd samt för respektive medicinskt område. Sist har vi ett avsnitt om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Det beror på att deras ansvar omfattar potentiellt sett samtliga medicinska områden.

2. Strokevård

Strokevården i regionen är inte jämlik. Det har under flera år funnits brister i den strokevård som NU-sjukvården bedriver. Patienter med en stroke får en bättre vård om de läggs in direkt på strokeavdelning, enligt befintlig forskning. Även propplösande behandling (trombolys) är bra för patienterna när deras tillstånd tillåter det. Det finns kvalitetsindikatorer som följer i vilken utsträckning patienterna får en direktinläggning och en propplösande behandling. Kvalitet kan uttryckas som att desto fler med behov som får behandlingen, desto högre kvalitet. Resultatet visar att om en patient får en stroke och behandlas inom NU-sjukvården så är det större sannolikhet att patienten får en vård med sämre kvalitet än på andra sjukhus runt om i regionen. Patienterna läggs inte lika ofta in på en strokeavdelning och de får inte heller lika ofta propplösande behandling.

Våra intervjuer i granskningen visar att de som har kunskap om frågan inte är oeniga om att detta är ett problem. Det är ett problem både ur ett kvalitetsperspektiv och ett jämlikhetsperspektiv. Vården ges inte på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagen säger att vården ska ges på lika villkor. Det ska inte spela någon roll var du bor. Det är alltså rimligt att Västra Götalandsregionen ska göra något åt det. Regionfullmäktige har gett flera olika nämnder och styrelser uppdraget att arbeta med frågan. Frågan är nu vem som ska göra något åt just det här problemet och vad de i så fall gör?

2.1 Styrelsen för NU-sjukvården

Vi presenterar våra iakttagelser utifrån de tre huvudfrågorna. Därefter följer vår samlade bedömning för styrelsen.

Tillräcklig information

Det råder ingen tvekan om att det finns brister i strokevården. I delårsrapporter och årsredovisningar från 2015 och framåt redovisas brister i kvaliteten när det gäller propplösande behandling och initial vård. Uppföljningen sker utifrån fullmäktiges mål om att den medicinska kvaliteten ska öka. Regelmässigt kommenteras också att strokevården brister i dessa rapporter. Chefläkaren har också gjort en genomgång av kvalitet utifrån kvartalen och sjukhusdirektören har lämnat rapporter som berör kvalitetsfrågor på styrelsemötena. Presidiet säger att styrelsen bör känna till bristerna utifrån den rapportering som skett i styrelsen såväl muntligt som skriftligt.

Presidiet säger också att det är svårt med uppföljningen av kvalitet och verksamhetsfrågor. När de jämför med ekonomiområdet så finns det etablerade rutiner för vilken information styrelsen ska få. När det gäller kvalitet och verksamhetsfrågor finns det inte lika etablerade rutiner. Det är mer enskilda frågor som lyfts fram efter behov och vad som rapporteras är inte lika självklart. Det råder dock ingen tvekan om att styrelsen känner till att sjukhuset brister när det gäller propplösande behandling och initial vård.

Styrning

Styrelsens presidium och tjänstepersoner på sjukhuset säger att ansvaret för en god strokevård ligger på sjukhuset och dess styrelse. Styrelsen har inte tagit några specifika beslut som rör strokeområdet. Däremot har de beslutat om detaljbudget/verksamhetsplan och patientsäkerhetsplan. I praktiken innebär de att kvaliteten inom strokeområdet ska vara god och därmed ligga i linje med fullmäktiges målsättningar för den medicinska kvaliteten.

I delårsrapporter/årsredovisningar samt i patientsäkerhetsberättelsen finns det också åtgärder som redovisas för att förbättra strokevården. På sätt och vis bekräftar styrelsen åtgärderna genom att besluta om återrapporteringen. De beslutar dock aldrig om någon annan åtgärd eller något särskilt uppdrag till följd av rapporteringen.

Styrelsen har inte fattat några beslut om styrning som specifikt berör strokevården. Presidiet säger att det beror på att sjukhusledningen redan fattat beslut om olika åtgärder. Åtgärderna har varit planerade och/eller påbörjade och då har styrelsen valt att avvakta och invänta dessa. Vidare har de fått till sig att det kommer att ta tid innan några större resultat visar sig. Det är dessutom läkarbrist. De säger också att om man ser till deras köer där man väntat mer än 90 dagar så består en fjärdedel av kön av patienter som väntar på besök till neurolog. Enligt dem har förvaltningen försökt skicka patienter till annan vårdgivare eller sjukhus utan framgång. Presidiet säger att de framöver får fortsätta att följa situationen och blir det ingen bättring på sikt så får de ställa frågan till förvaltningen om problemet istället skulle kunna lösas genom att koncentrera neurologiverksamheten till ett annat sjukhus i regionen där exempelvis tillgången på neurologer är bättre. Strokeverksamheten behöver dock vara kvar på grund av närheten till patienterna. Sjukhusdirektören har enligt presidiet skrivit till hälso- och sjukvårdsdirektören och påpekat behovet av en regional handlingsplan för stroke och neurologi.

Genomförande

Som framkommer ovan så har styrelsen kännedom om brister i strokevården, men säkerställa att styrningen genomförs kan exempelvis handla om att följa upp genomförandet av åtgärder för att förbättra resultatet. Som bakgrund kan det påpekas att sjukhusets strokeverksamhet har varit föremål för flera revisioner som gjorts av personer med medicinsk kunskap (se även Regionala strokerådet, s. 42-43). En revision gjordes i februari 2015 och allvarlig kritik riktades mot sjukhusets strokeverksamhet. Sedan följer nya och uppföljande revisioner i oktober 2015, maj 2016 och mars 2017. Kritiken kan sammanfattas som att sjukhuset inte klarar målet om en jämlik strokevård och att sjukhuset inte skapat ett system för en säker och hållbar strokevårdprocess.

Sjukhusets ledning möter dessa revisioner med beslut om åtgärder redan i anslutning till den första revisionen under 2015. Nya åtgärder beslutas i maj 2016 och senast igen under våren 2017. Utan att gå in på detaljer så har genomförandet av åtgärder inte fungerat särskilt bra med tanke på den återkommande kritiken vid revisionerna.

Presidiet säger att de fått information om åtgärder huvudsakligen vid sjukhusdirektörens rapport på styrelsemötena samt att de som presidium får information vid deras egna möten. Rapporteringen av detta händelseförlopp sker i övrigt i delårs- och årsredovisningar samt i patientsäkerhetsberättelsen.

I årsredovisningen för 2015 konstateras att stroke/neurologiverksamheten har en ”stor utvecklingspotential”. Handlingsplanen som togs fram i maj 2016 följs av en lite mer utförlig rapport i årsredovisningen för 2016. Det handlar bland annat om att fler vårdplatser tillskapats i Uddevalla (strokeverksamheten bedrivs mest i Trollhättan) och det konstaterades att det lett till ”en subjektiv förbättring enligt verksamheten, vilket ännu inte syns i statistiken”. Det handlade också om utbildningar för att ge propplösande behandling som skulle genomföras och resultera i så kallade körkort för denna behandling. Analyser skulle också göras för att ta reda på varför larm om behov av propplösande behandling blåstes av. Här arbetade också sjukhuset med attityder till propplösande behandling.

Under 2016 och våren 2017 gör också presidiet besök på strokeenheten som de initierar själva då de har funderingar hur verksamheten fungerar tillsammans med övrig neurologi. De får då information om bland annat brister på neurologer och att det blir en konkurrenssituation mellan strokevården och övrig neurologi som exempelvis vård av Parkinsonpatienter. En tung situation för sjuksköterskorna och lokalbrist behandlades också.

Det fanns alltså förhoppningar om ett förbättrat resultat i årsredovisningen för 2016 som beslutades i början av 2017. Det blev inte så bra som man hoppades på sjukhuset. Åtgärderna med körkorten genomfördes inte på grund av tidsbrist och att personer slutade. Analyser av larm gav en tillfällig förbättring. Tillskapande av vårdplatser i Uddevalla gav inget väsentligt utslag i statistiken. I mars 2017 påpekar återigen en revision att bristerna kvarstår ”trots flera påpekanden”. I delårsrapporten för mars 2017 beskrivs ett omtag för strokeprocessen. En styrgrupp formeras direkt under ledning av den biträdande sjukhusdirektören samt att en rad olika åtgärder föreslås. En extern processledare anställs också.

I oktober 2017 säger de vi intervjuat på sjukhuset att en rad av dessa åtgärder genomförts eller planerats. Stängda vårdplatser, svårigheter att få tag på personal och prioritering av genomloppstiderna på akuten generellt i regionen och inom sjukhuset ser de vi intervjuat på sjukhuset som risker för att åtgärderna inte genomförs och att resultat uteblir.

Vi kan se att styrelsen, och framförallt presidiet, är väl informerade om strokeverksamheten och de problem som finns samt vilka åtgärder som vidtas. Vi kan inte se att några beslut eller uppdrag lämnas av styrelsen för att förbättra situationen. Det finns med andra ord uppföljning, men inte några åtgärder som styrelsen formellt beslutat om, även om sådana vidtas inom sjukhuset.

Bedömning

Vi noterar att styrelsen har en styrning och uppföljning mot mål och beslut och att insatser görs för att säkerställa efterlevnaden framförallt i relation till fullmäktiges mål om den medicinska kvaliteten. Mot bakgrund av att bristerna inom strokevården är *långvariga* och *väl kända* bedömer vi dock att det finns brister när det gäller styrelsens förmåga att omvärdera sin styrning som huvudsakligen består av uppföljning av resultat och att styrelsen mottar redogörelser för insatta åtgärder och i viss mån dess utfall. Det framgår att sjukhuset under en lång period har misslyckats med åtgärder för att förbättra situationen. Styrelsen hade utifrån det kunnat begära information om orsakerna till detta i ett tidigare skede genom att mer aktivt värdera sjukhusets återrapportering kring strokevården.

Med grund i den informationen hade styrelsen kunnat göra två saker, antingen enskilt eller i kombination. *För det första* hade styrning kunnat utformas med ett tydligt och riktat uppdrag till förvaltningen om att säkerställa att styrningen inom sjukhuset med avseende på strokevården är effektiv. Ett sådant uppdrag hade kunnat formuleras utan att det sätter sig över professionens medicinska prioriteringar eller bedömningar. En möjlighet har också funnits att hantera frågan inom ramen för styrelsens interna kontroll med kontrollmoment och eventuella styråtgärder.

För det andra pekar flera av de intervjuade på faktorer som påverkar möjligheten till en god strokevård på ett negativt sätt. Det rör sig om kompetensförsörjning och prioritering av genomloppstider på akuten. Oavsett om dessa faktorer är orsaker till/påverkar problemen eller inte så rör det sig om frågor som delvis kan ligga utanför styrelsens och sjukhusets kontroll.

När det gäller kompetensförsörjningen, som också har en koppling till produktionsstyrning och koncentration av vård inom regionen, så kan sjukhuset påverka detta genom insatser till viss del. Om styrelsen gör en bedömning att måluppfyllelsen hindras av faktorer som ligger utanför sjukhusets kontroll, som inte kan hanteras genom styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll, så borde styrelsen ha kommunicerat detta till fullmäktige. I det andra fallet med prioriteringen av genomloppstiderna på akuten kan det möjligtvis betraktas som en målkonflikt. Genomloppstiderna på akuten står mot en ökad medicinsk kvalitet inom strokevården, men som också påverkar sjukhuset totala medicinska kvalitet. Om slutsatsen är riktig så borde styrelsen även i detta fall ha kommunicerat frågan till fullmäktige för ett förtydligande hur en sådan prioritering ska göras. Återigen under förutsättning att detta ligger utanför sjukhusets kontroll och inte kan hanteras genom styrelsens styrning, uppföljning och interna kontroll.

Vår bedömning är sammanfattningsvis att den styrning och uppföljning som upprättats av styrelsen inte är *ändamålsenlig.* Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken styrelsens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

2.2 Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Om nu brister finns inom NU-sjukvården så är frågan också om det är något som beställaren hanterar och i så fall hur?

Tillräcklig information

Vi ser att det framkommer att det finns brister i strokevården i nämndens behovsanalyser. Nämndens presidium och tjänstemännen säger att det är känt sedan länge att det finns brister i strokevården inom NU-sjukvården. Vi konstaterar att nämnden är väl bekant med bristerna.

Styrning

Vi ser att nämnden beställer vård av NU-sjukvården utifrån fullmäktiges mål om att den medicinska kvaliteten ska öka. Det står i vårdöverenskommelsen att de kvalitetsmått och målnivåer som ingår i kvartalen också ingår i NU-sjukvårdens uppdrag. Här ingår också kvalitetsindikatorerna som avser strokevården.

Utöver det så har nämnden ett mål- och inriktningsdokument för befolkningen i Fyrbodal. I dessa finns det mål som avser propplösande behandling och initial vård. De preciseras dock inte explicit i vårdöverenskommelsen med NU-sjukvården. En tjänsteperson säger att nämnden ändå får svar på hur det går med detta genom kvalitetsuppföljningen. En orsak till att det inte explicit står med i vårdöverenskommelsen anges också vara en ambition om att hålla vårdöverenskommelserna korta. Vidare menar tjänstepersonen att styrelsen för NU-sjukvården ska följa mål- och inriktningsdokumentet och säger att det följer av vårdöverenskommelsens inledande avsnitt. Av vårdöverenskommelsen 2017 framgår att ”viktiga underlag för denna vårdöverenskommelse är” bland annat föregående års vårdöverenskommelse och Norra hälso- och sjukvårdsnämndens mål och inriktningsdokument.

I mål- och inriktningsdokumentet finns dock ett fokusområde som är människor med kroniska sjukdomar och stroke pekas särskilt ut. Detta fokusområde finns explicit med i vårdöverenskommelsen med NU-sjukvården. Vad sjukhuset ska göra är att ”ge individen stöd, exempelvis genom livsstilssamtal och utbildning, med att identifiera och förändra levnadsvanor som kan förbättra förutsättningarna att leva med sjukdomen och undvika eller minska komplikationer”. När vi frågar företrädare för sjukhuset om det berör propplösande behandling eller initial vård så menar de att skrivningen handlar om sekundärprevention. Det vill säga att förhindra att en patient som har haft stroke får det igen. När vi frågar företrädare för beställarna så säger de att strokevården är väldigt viktig att prioritera och att prioriteringen kvarstått under en lång tid på grund av NU-sjukvårdens dåliga resultat. Vi kan se att det är en prioritering att förbättra strokevården, men inte att det är en prioritering att förbättra de delar av strokevården som handlar om den mer akuta fasen med trombolys och initial vård.

Genomförande

I nämndens uppföljning av vårdöverenskommelsen framgår det att det finns brister i strokevården. Det sker ju också möten mellan företrädare för NU-sjukvården och nämnden. Nämndens presidium menar att frågan om stroke kan ha varit uppe för några år sedan, men inte på sistone. De vet att den sedan dess varit uppe på tjänstemannanivå, men inte i den

politiska dialogen där presidiet deltar. NU-sjukvårdens presidium säger att frågor om kvalitet inte diskuteras i deras dialog med nämnden och att dialogen inte fungerar så bra som den borde. Därför har styrelsen via presidiet initierat att de ska boka in träffar och basera dessa på ett årshjul där de avhandlar olika områden. Detta då de enligt presidiet idag mest hamnar i de frågor som är aktuella för stunden, medan kvalitetsfrågor generellt eller strokevården specifikt inte berörts.

Både nämndens presidium och tjänstepersonerna nämner personalbrist inom NU-sjukvården som en trolig förklaring till problemen i strokevården. En annan förklaring som tjänstepersonerna tar upp går ut på att det kan ha funnits en uppfattning bland de professionella på sjukhuset att man erbjudit likvärdig vård på annat sätt, även om det inte följer medicinska riktlinjer eller ger utslag i kvalitetsregister.

De tjänstepersoner som arbetar med frågan uppfattar inte att de har några andra medel än att trycka på och följa upp för att påverka resultatet. De säger att det kan uppfattas som uddlöst. Tidigare fanns så kallad målrelaterad ersättning. Om sjukhuset inte hade en tillräckligt bra kvalitet avseende strokevården och inom andra områden sammantaget så fick inte sjukhuset full betalning. Den målrelaterade ersättningen har tagits bort genom centrala beslut.

Tjänstepersonerna ser rent teoretiskt en möjlighet att beställa fler strokevårdsplatser. Det vill de inte göra eftersom att man uppfattar det som ett intrång i professionens bedömningar. Tjänstepersonerna menar att det skulle vara att gå för långt in i sjukhusets verksamhet vilket inte stämmer överens med nämndens uppdrag. Samtidigt säger de att de tror att det finns utrymme för omprioriteringar inom sjukhuset. Inom vissa områden har sjukhuset gott om eller för många vårdplatser medan inom strokevården verkar de ha för få, menar de. Förste vice ordförande i nämnden menar att en möjlighet skulle vara att sluta beställa strokevård av sjukhuset och istället beställa av något annat sjukhus. Nämndens ordförande sätter istället hoppet till förbättrade kommunikationer till NU-sjukvården vilket kan underlätta rekrytering.

Bedömning

Vi noterar att nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut och att insatser görs för att säkerställa efterlevnaden framförallt i relation till fullmäktiges mål om den medicinska kvaliteten.

Mot bakgrund av att bristerna inom strokevården är *långvariga* och *väl kända* bedömer vi dock att det finns brister när det gäller nämndens förmåga att omvärdera sin styrning. Styrelsen för NU-sjukvården har misslyckats med att förbättra situationen under lång tid. Nämndens styrning i relation till de aktuella bristerna inom strokeområdet är synnerligen övergripande och innefattar i stort inte mer än det som ändå följer av fullmäktiges budget. Vi bedömer att dialog kring frågorna har skett på tjänstemannanivå, men bedömningen är att den inte skett på politisk nivå.

Nämnden hade kunnat begära information från styrelsen om orsakerna till bristerna i samband med sådana dialoger eller vid beställningar i ett tidigare skede genom att mer aktivt värdera den återrapportering som skett kring strokevården i beställarbokslut.

Med grund i sådan information hade nämnden kunnat göra två saker, antingen enskilt eller i kombination. *För det första* hade styrning kunnat utformas med ett tydligt och riktat uppdrag via beställningen till styrelsen för NU-sjukvården om att säkerställa att styrningen med avseende på strokevården är effektiv. Uppdraget hade kunnat formuleras utan att det går in i professionens medicinska prioriteringar eller bedömningar.

För det andra tar nämnden och dess tjänstemän själva upp flera möjliga förklaringar till bristerna inom NU-sjukvården. En av dem är personalbrist. Oavsett om dessa faktorer är orsaker till problemen eller inte så rör det sig om frågor som delvis kan ligga utanför både styrelsens och nämndens kontroll. Om nämnden bedömer detta som ett hinder för en jämlik vård som ligger helt utanför nämndens kontroll och inte kan lösas genom beställningar till NU-sjukvården så borde nämnden ha kommunicerat detta till fullmäktige.

Vår bedömning är sammanfattningsvis att den styrning och uppföljning som upprättats av nämnden inte är *ändamålsenlig.* Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken nämndens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

3. Ljumskbråck

Kirurgiverksamheten inom VGR är inte jämlik och då gäller det ljumskbråcksopererade som opereras om inom fem år. Det är ett kvalitetsmått att inte behöva opereras igen inom fem år. Om operationen sker vid Lundby närsjukhus så är sannolikheten större att patienten kommer behöva opereras igen inom fem år, jämfört med andra sjukhus. Lundby närsjukhus är en privat vårdgivare och fokus inom VGR hamnar då på Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd som köper vård av sjukhuset.

3.1 Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd

Ansvaret för Lundby närsjukhus, som främst har patienter från Hisingen i Göteborg, ligger huvudsakligen på Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd då de tecknat avtal med sjukhuset, enligt de tjänstepersoner vi intervjuat[3]. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett visst ansvar som berör vissa optioner i avtalet med sjukhuset, men dessa berör inte ljumskbråcksoperationerna som behandlas här.

Tillräcklig information

Nämndens presidium kan inte påminna sig om att de haft kvaliteten på ljumskbråcksoperationer vid Lundby närsjukhus uppe på nämnden. Ordförande konstaterar att de nog borde ha uppmärksammats på de siffrorna av tjänstemännen under 2015, men det har inte skett. Den tjänsteperson som samordnar nämndens arbete säger att kvalitetsindikatorer inte har redovisats för nämnden.

Styrning

Den som är ansvarig för uppföljningen säger att sjukhuset ska följa de krav som finns i fullmäktiges budget då det står i avtalet som beställarnämnden tecknat med sjukhuset. Huvudavtalet har varit gällande sedan 2011.

Det innebär att målet/fokusområdet om medicinsk kvalitet gäller för sjukhuset. Vidare ska sjukhuset följa de medicinska riktlinjer som gäller i VGR. Sjukhuset ska vidare delta i för verksamheten relevanta kvalitetsregister och de kvalitetsmått och målnivåer som framgår av uppföljningsverktyget ”Kvartalen”, vilket ingår i uppdraget och omfattar de regionala kvalitetsindikatorerna med regionala måltal. I dessa ingår kvalitetsindikatorn som behandlas här och avser ljumskbråcksoperationer.

Den tjänsteperson som samordnar nämndens arbete säger att nämnden inte vidtagit några åtgärder till följd av bristerna avseende ljumskbråcksoperationer då det förutsätter att nämnden fått reda på sådana brister i de redovisningar som gjorts för nämnden. Den tjänsteperson som är ansvarig för uppföljningen av sjukhuset känner inte heller till att de varit missnöjda med sjukhusets resultat i något fall. Om de hade varit de skulle de i så fall kräva en handlingsplan. Däremot har den uppföljningsansvariga hört sig för kring kvaliteten på ljumskbråcksoperationer i samband med denna granskning och säger att sjukhuset uppger att

[3] Det gäller *inom* VGR: s organisation. Sjukhuset har självklart ett eget ansvar som privat vårdgivare.

de är väl medvetna om de brister som funnits och framförallt arbetat med personalförändringar för att komma tillrätta med problemet.

Generellt menar presidiet att de utgår från bland annat kvalitetsresultat när de ska utöka verksamhet. När man kan välja mellan flera utförare så väljer de den som har en bättre kvalitet. Här finns ju också möjligheter att flytta verksamhet eller byta verksamheter mellan sjukhus utifrån kvalitet. Det har dock inte varit aktuellt i det här fallet.

Genomförande

Verksamheten följs upp utifrån avtalet med sjukhuset. Det är enhet specialistvård inom koncernkontoret som gör uppföljningen. Uppföljningen sker genom att förvaltningen har möten med sjukhuset fyra gånger per termin. De som deltar från sjukhusets sida är VD/verksamhetschef, ekonomichef och chefläkaren. Från koncernkontorets sida är det den tjänsteperson som är ansvarig för uppföljningen, en medhandläggare och en ekonom. Dagordningen tar upp en rad aktuella frågor, men dock inte specifikt resultat avseende kvalitetsindikatorer. Mötena summeras i form av minnesanteckningar. Detta utgör en av grunderna för den huvudsakliga rapporteringen till nämnden som sker i form av nämndens beställarbokslut.

Vi kan inte se att hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp frågan om kvaliteten på ljumskbråcksoperationer på Lundby närsjukhus i sin rapportering. En uppföljning sker utifrån avtalet som beskrivs i nämndens beställarbokslut, men denna beskriver sjukhusets kvalitetsarbete på övergripande nivå. Något resultat när det gäller kvaliteten på verksamheten framgår inte och inte heller något jämlikhetsperspektiv. Den som ansvarar för uppföljningen säger att med den uppföljningsplan som upprättats för 2017 har det blivit alltmer fokus på kvalitetsparametrarna. Sjukhuset har heller inte haft något att invända mot detta, enligt den uppföljningsansvariga.

Bedömning

Vår bedömning är att nämnden inte säkerställt att den får tillräcklig information, att det saknas styrning samt att uppföljningen av sjukhuset utifrån avtalet (avseende medicinsk kvalitet) varit otillräcklig.

4. Höftfrakturer

Ortopediverksamheten inom VGR är inte jämlik när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer. Om en patient har en höftfraktur och behöver opereras och det sker på Sahlgrenska universitetssjukhuset är det en högre sannolikhet att patienten får vänta mer än 24 timmar jämfört med andra sjukhus i regionen. Studier har visat att mer än 24 timmars fördröjning av operationen leder till en ökad dödlighet inom fyra månader från operationen, även för tidigare friska personer. Dessutom ökar komplikationer som infektioner, trycksår och förvirring.

4.1 Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Tillräcklig information

I årsrapport för Rikshöft 2016 (kvalitetsregistret för uppföljning av höftfrakturer) så konstateras att utvecklingen på riksnivå försämrats. Vårdtiderna ökade som en följd av ökande väntetider likaså minskade andelen som kunde skrivas ut till eget boende[4]. Väntetiderna på SU har ökat och andel opererade inom 24 timmar har minskat under åren 2014-2017 från omkring 70 procent till som sämst 63 procent 2017. Konsekvensen av längre väntetider med längre vårdtider och färre utskrivna till eget boende kan antas vara densamma för SU[5] som för riket.

Sammanställningar av kvalitetsresultat och väntetid till operation av höftfraktur är publikt tillgängliga i Kvartalen och i kvalitetsregistrets årsrapport. Det finns dock ingen notering om diskussion eller uppföljning av avvikelser för höftfraktur i styrelsens protokoll vilket inkluderar delårsrapporter och årsredovisningar. Det finns heller ingen notering om specifika beslut med anledning av bristande måluppfyllelse eller notering om jämförelser med andra sjukhus eller jämförelser avseende resultat mellan grupper. I november 2017 tas beslut i ledningsgrupp om uppföljning av de regionala medicinska kvalitetsindikatorerna i samband med varje delårs- och årsrapport.[6] Beslutet anmäls vid styrelsemötet i december.

Avvikelsen när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer framkommer i rapportering på områdesnivå inom sjukhuset, men vi kan inte se att detta ingår i styrelsens handlingar.

Styrning

Inga aktiva styrelseåtgärder för att förbättra måluppfyllelsen avseende väntetider till operation av höftfraktur har identifierats, annat än generella beslut[7] i detaljbudget och

4 Medelvårdtiden liksom medianvårdtiden ökade från 7,2 till 10,3 dagar i relation till ökande väntetid. Procentandelen patienter utskrivna direkt från den opererande kliniken till sitt ursprungliga boende före höftfrakturen minskade med ökande väntetid till operation från 57 till 49 %

5 Patientvolymen på SU är runt 1000 per år.

6 Utdrag ur minnesanteckningar 2017-11-14: ”Utifrån diskussioner i funktionsgruppen för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet (FKP) föreslås att de regionala medicinska kvalitetsindikatorerna följs upp regelbundet i samband med varje delårs- och årsrapport och att en checklista för detta tas fram via FKP. Ledningsgruppen samtycker och ställer sig bakom detta”.

7 Skrivning detaljbudget under rubrik Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser: *Samtliga verksamheter kommer att följa respektive mätetal i nationella jämförelser och kommer att analysera och ta fram handlingsplaner i de fall där man inte uppnår genomsnittet*.

vårdöverenskommelse om följsamhet mot medicinska riktlinjer och vårdprogram. På verksamhetsnivå styr ledning för att förbättra resultatet. Ett av målen för, fastställt i områdets utvecklingsplan, är att korta väntetider till operation av höftfraktur[8]. Genomgång av dokumentation, protokoll från ledningsgrupp och områdesledningsgrupp för åren 2015 till 2017 visar att sjukhuset i verksamheten arbetar med att förbättra ledtider och förkorta väntetider för patienter med höftfraktur.

Beslut[9] finns också i ortopediverksamheten inom SU om direktinläggning av höftfraktur. Sjukhuset driver ett projekt för att förkorta tid till inskrivning och operation genom direktinläggning höftfraktur. Rutiner finns upprättade och resultatet följs upp av akutverksamheten. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i avvikelsehanteringssystemet.

Även om styrelsen fattar generella beslut om åtgärder för en god kvalitet på vården och åtgärder vidtas inom sjukhuset, kan vi inte se att några specifika och formella beslut har fattats av styrelsen som berör väntetider till operation av höftfrakturer[10].

Genomförande

Styrelsen har nöjt sig med verksamhetens information om resultat och förbättringsarbete. Det finns inga noteringar i protokoll om styrelsen riktat särskild uppmärksamhet mot den bristande måluppfyllelsen. Utveckling och avvikelser följs upp i interna områdescontrollingen samt därutöver av områdesledning. Ur minnesanteckningar[11] från regionala controllingen framgår att höftfrakturer är ett problemområde – eller sorgebarn - frågan har också lyfts från regionens tjänstemän om höftfrakturer verkligen är en prioriterad fråga på SU. Sektorsrådet för ortopedi har också valt ut detta som ett fokusområde 2017. Områdesledningen anger brist på vårdplatser som delförklaring.
Dock framgår inte tydligt i granskad dokumentation hur resultaten redovisas och kontrolleras av områdesledningsgrupp, inte heller hur de följs på verksamhetsnivå. I sjukhusets plan för intern styrning och kontroll 2017 finns ingen särskild skrivning om höftfraktur, men allmänt anges att uppföljning av kvalitetsindikatorer skall följa regionala anvisningar och beslut. Redovisning till sjukhusledningsgrupp görs områdesvis eller temavis vid särskild inbjudan. I den uppföljningen har väntetider till höftfraktur ingått som en del av helheten.

Under åren 2015 – 2017 har väntetiderna till operation av höftfraktur visat på upp- och nergångar i resultat. Det aktiva arbetet sker på områdesnivå, uppföljning görs i områdets avvikelserapport. Områdeschef anger att utfall diskuteras regelbundet på områdesnivå och noteras i månatliga rapporter till sjukhusledningen. Höftfrakturer är ett av SU: s prioriterade områden och följs även regelbundet på central nivå. En iakttagelse är att förklaringar till avvikelser anges medan beslutade åtgärder inte är lika klart dokumenterade. Noteras att avvikelsen för väntetid till operation av höftfraktur åtföljs inte av särskilt beslut i

[8] Utvecklingsplan 2017 ortopedi
9 Dokument i Barium Direktinläggning höftfraktur samt Höftfraktur riktlinjer för handläggning
[10] Ordförande i styrelsen har beretts möjlighet att ta del av textavsnittet 4.1 om höftfraktur och valt att inte komplettera informationen.
[11] Minnesanteckningar regionala controllinggruppen

styrelseprotokoll. Dock anger områdeschef att avvikelser från måltal uppmärksammas i ledningsgrupp och åtgärder presenteras för att nå uppsatta mål. Ett långsiktigt förbättringsarbete pågår också för att minska mortaliteten hos patienter som opereras för höftfraktur och minskad mortalitet totalt ses för perioden 2012-2016. Enligt uppgifter från områdeschef så har mortaliteten reducerats kraftfullt och om den positiva utvecklingen fortsätter har den snart halverats jämfört med 2012.[12].

Enligt plan 2016 för arbetsformer för områdesmötena (område 3) så skall uppföljning gällande akutsjukvård, värde för patienten och uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet göras vid heldagsmötena en gång i månaden. Verksamhetscheferna skall rapportera utfallsmått med kommentarer kring avvikelser och redovisning av planerade åtgärder.

På *intranätet* följs måluppfyllelsen kontinuerligt och redovisas för varje vecka. Alla medarbetare kan ta del av denna uppföljning. Tiden mäts från att patienten kommer till akutmottagningen och till att operation påbörjas. Bilden illustrerar uppföljningen.

Tabell. Andel Höftfrakturer som op < 24 tim från ankomst AKM till knivstart (Regionalt måltal: 75 % < 24 tim)

Veckorapport

Vecka 43	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Lör	Sön	Tot.

Ackumulerat 2017

Vecka 1 - 43	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Lör	Sön	Tot.
<24h	(4 / 6) 67%	(5 / 5) 100%	(3 / 4) 75%	(2 / 2) 100%	(4 / 4) 100%	(3 / 7) 43%	(2 / 2) 100%	(23 / 30) 77%
24-36h	(1 / 6) 17%	(0 / 5) 0%	(0 / 4) 0%	(0 / 2) 0%	(0 / 4) 0%	(3 / 7) 43%	(0 / 2) 0%	(4 / 30) 13%
>36h	(1 / 6) 17%	(0 / 5) 0%	(1 / 4) 25%	(0 / 2) 0%	(0 / 4) 0%	(1 / 7) 14%	(0 / 2) 0%	(3 / 30) 10%

Områdeschef ingår i sjukhusets ledningsgrupp och kan därmed lyfta avvikande resultat till diskussion. Diskussion om utfall väntetid höftfraktur kan inte utläsas ur protokoll för sjukhusets ledningsgrupp, men områdets avvikelserapporter rapporteras in och områdeschef anger att resultatet diskuteras och att åtgärder/förklaringar presenteras. Det finns också styrdokument för prioritering av patientgruppen.

Vi kan därmed sammantaget inte se att någon särskild uppföljning har skett i styrelsen avseende genomförandet av åtgärder för att förbättra väntetiderna till operation av höftfrakturer.

Bedömning

Vi noterar att styrning och uppföljning mot mål och beslut finns på generell nivå och att insatser görs i verksamheten för att säkerställa efterlevnaden framförallt i relation till fullmäktiges mål om den medicinska kvaliteten. Det framgår dock att sjukhuset under en lång period inte har åstadkommit ett godtagbart resultat. Vår bedömning är att styrelsen inte säkerställt att den får tillräcklig information. Styrelsen hade utifrån det kunnat begära

[12] Notera att uppföljning av effektmål som minskad dödlighet följs noga av verksamheten, dock är fokus i denna granskning följsamhet och måluppfyllelse mot av RF fastställda mål.

information om orsakerna till bristerna när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer. Det i sin tur hade kunna ligga till grund för eventuella uppdrag till förvaltningen.

Vår bedömning är sammanfattningsvis att den styrning och uppföljning som upprättats av styrelsen inte är *ändamålsenlig.* Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken styrelsens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

4.2 Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd

Tillräcklig information

I maj 2015 följer nämnden upp indikatorn för väntetider för höftfrakturer vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det gör nämnden som ett led i att följa upp den vårdöverenskommelse nämnden haft med sjukhuset under 2014. Det framgår av rapporteringen att sjukhuset lämnat in en handlingsplan för att förbättra väntetiderna. Efter det finns inget i nämndens beslut som hanterar frågan på något sätt förrän under våren 2017. Då presenteras nämndens behovsanalys för 2018 som avdelningen Data och analys inom koncernkontoret gjort. I nämndens behovsanalys står det att sjukhuset är sämre än riket för väntetider till operation av höftfraktur. Det är dessutom ett statistiskt säkerställt resultat. I behovsanalysen står det också att akuta höftfrakturer är ett prioriterat kvalitetsprojekt enligt sektorsrådet för ortopedi.

Styrning

Vi har frågat tjänstepersoner som arbetar mot nämnden om några åtgärder har beslutats för att förbättra problemen med väntetider till operation av höftfrakturer inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Svaret var att det förutsätter att nämnden fått reda på dessa brister genom att kvalitetsindikatorer redovisats för nämnden, men det har helt enkelt inte skett. Tjänstepersonen konstaterar också att det är en brist.

Genomförande

Nämndens presidium säger att de noterat att Sahlgrenska har saknat personal för dessa operationer, men att sjukhuset har arbetat hårt för att lösa situationen. Ordförande säger också att situationen kan ha förvärrats till följd av produktionsstyrningen inom VGR där brist på kapacitet uppstått i regionen. Eventuellt kan det vara så att Sahlgrenska universitetssjukhuset har fått hantera detta. Ordförandes uppfattning är dock att situationen blir bättre och att sjukhuset vidtar åtgärder. Ordförande tror också att det eventuellt kan vara så att sjukhuset tar hand om extra komplicerade fall, vilket påverkar utfallet i kvalitetsstatistiken. Slutsatserna bygger på att nämndens presidium träffar sjukhusets presidium i stort sett en gång i månaden. Nämnden har också träffar med övriga hälso- och sjukvårdsnämnder.

Nämndens presidium tycker att det är ganska rörigt med uppföljningen av sjukhusen, eftersom att beställaren följer upp sina delar utifrån deras mål- och inriktningsdokument och exempelvis regionstyrelsen sina delar utifrån fullmäktiges mål i budgethandlingen. Nämndens presidium säger att de har haft problem till följd av omorganisationen med nämnderna och koncernkontoret. De har fått prioritera att upprätthålla beställningarna och uppföljningen har

fått komma i andra hand. De är också en stor nämnd med väldigt många frågor. Presidiet säger att de kanske skulle vilja ha exempelvis en genomgång av måluppfyllelse, men det är svårt att hinna med. Det är också svårt att sortera ut vilka frågor som är mest relevanta och viktiga i den stora mängden ärenden.

Bedömning

Vi noterar att nämnden i viss utsträckning har haft en uppföljning mot mål och beslut. Vi bedömer dock att det saknas styrning samt att uppföljningen av sjukhuset utifrån beställningen (avseende medicinsk kvalitet) varit otillräcklig.

Utöver det framkommer två frågor som möjligen kan ligga utanför nämndens kontroll. Om nämnden bedömt dem som allvarliga och att de inte kan hanteras genom nämndens styrning, uppföljning och kontroll så borde det ha kommunicerats till regionstyrelsen respektive regionfullmäktige. Om det finns tillräckligt underlag för att hävda att produktionsstyrningen har påverkat väntetiderna till höftoperationer i väsentlig utsträckning så borde det ha kommunicerats till regionfullmäktige. Vidare om nämnden saknar tjänstemannastöd för att genomföra sin uppföljning som är nödvändig så borde detta ha kommunicerats till regionstyrelsen som ansvarar för koncernkontoret. Om det inte hade gett resultat hade möjligheten funnits att vidare kommunicera detta till fullmäktige.

5. Läkemedel och rökningsuppgift inom Närhälsan

Vården är inte jämlik för de som är 75 år eller äldre och som använder läkemedel. Äldre använder många läkemedel. Läkemedel kan ge en bättre livskvalitet, men också skapa problem med exempelvis biverkningar. I regionala medicinska riktlinjer framgår att en fördjupad läkemedelsgenomgång ska genomföras minst en gång om året i primärvården för alla patienter som är 75 år och äldre[13]. Den indikator vi valt ut mäter följsamheten till den medicinska riktlinjen. Vi kan se att Närhälsans vårdcentraler i Östra hälso- och sjuknämndens område inte följer riktlinjen i tillräcklig utsträckning och även i mindre utsträckning än andra områden i VGR.

Det finns krav på att vårdcentralerna ska registrera rökningsuppgift i journalen för patienter med astma. Rökstopp är en viktig del av behandlingen. Patienten ska tillfrågas om rökning. Vi kan se att i Östra hälso- och sjukvårdsnämndens område sker inte det i tillräcklig utsträckning även om det är fler områden som också har dåliga resultat. Det är egentligen bara Närhälsans vårdcentraler i Norra hälso- och sjukvårdsnämndens område som når målet. Vi ser också i viss mån en sådan indikation när det gäller rökningsuppgift vid ischemisk hjärtsjukdom.

Vården är inte heller jämlik när det gäller antibiotikaförskrivning. Här är problemet att förekomsten av resistenta bakterier ökar och därför är det viktigt att inte ta antibiotika i onödan. Vi kan se att Närhälsans vårdcentraler i Norra hälso- och sjukvårdsnämndens område sammantaget skriver ut mer antibiotika än andra områden i VGR.

Alla dessa frågor handlar om primärvård som sker inom Närhälsan, även om de berör olika hälso- och sjukvårdsnämnder. Därför väljer vi att behandla dem samlat här i ett avsnitt.

5.1 Primärvårdsstyrelsen

Tillräcklig information

Kvalitetsresultat presenteras för styrelsen en gång per år och för förvaltningen en gång i månaden. Uppföljning görs i första hand för målrelaterade indikatorer, säger Närhälsans intervjuade tjänsteperson. De ser på variationen på förvaltningsledningsnivån. Varje områdeschef granskar sina siffror och varje vårdcentral granskar sedan sina. Det finns medicinska rådgivare på alla nivåer. Sammanställningarna gås igenom i respektive läkargrupp en gång före sommaren och en gång efter sommaren där arbetsuppgifter delas ut till nästa gång. Till nästa gång ska också resultat ha diskuterats i ledningsgrupperna. Fokus är de resultat som avviker, variationen. Styrelsen får en dragning en gång per år med information om vilka åtgärder som vidtas. Någon specifik redovisning av geografiska skillnader mellan nämndområdena när det gäller de tre indikatorerna som valts ut här har inte gjorts.

Vi ser dock att styrelsen utifrån sitt uppdrag har tillräcklig information om de avvikelser vi lyft fram genom de redogörelser som sker på styrelsen.

[13] En sådan genomgång ska också göras vid inflyttning på särskilt boende vid inskrivning i hemsjukvården och när läkemedelsrelaterade problem inte kunnat åtgärdas vid en enklare läkemedelsgenomgång. Regional medicinsk riktlinje – Läkemedel. Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse. Fastställd i april 2016 av läkemedelskommittén i Västra Götaland. Giltig till och med april 2018.

Styrning

Läkemedelsgenomgångar har tidigare varit särskilt fokusområde, men har nu inte lika stort fokus då denna indikator inte har specificerats ut från de andra i krav- och kvalitetsboken, enligt tjänsteperson från Närhälsan. Tjänstepersonen säger också att det för Närhälsan finns 500 olika riktlinjer för olika saker och det är därför ibland svårt att prioritera.

Tjänstepersonen menar också att det inte hjälper med målrelaterad ersättning, som hen säger är helt meningslös och korrumperande. Ersättningen för läkemedelsgenomgångar är sänkt i år, men det vore heller ingen vinst att höja den. Ett mer framgångsrikt sätt att höja kvaliteten, menar tjänstepersonen, är att lyfta fram resultaten tydligt och transparent så att allmänheten kan se hur bra eller dålig en vårdcentral är. Då kan de välja vårdcentral med bra resultat. Styrelsen har fått information om bristerna när det gäller läkemedelsgenomgångar, men inte fattat beslut om ytterligare åtgärder.

När det gäller rökningsuppgift har primärvårdsstyrelsen inte tagit några särskilda beslut för att minska regional variation eller öka registreringen i registren. Resultatet är sämre i Östra hälso- och sjukvårdsnämnden, men det har inte varit i fokus. Inte heller när det gäller antibiotikaförskrivning har primärvårdsstyrelsen tagit några särskilda beslut som avser generell kvalitetshöjning eller regionala variationer. Arbetet drivs via STRAMA-enhetens (inom koncernkontoret) uppföljning och Närhälsan utgår från att hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp samtliga vårdcentraler i deras respektive område.

Ordförande verifierar brister avseende de tre utvalda indikatorerna och anger att styrelsen behöver lägga ett större fokus på att nå målen samt att förvaltningen fått uppdrag och redan är i gång med ett systematiskt arbete med kartläggning och analys. En svårighet i styrningen är stor variation i befolkningsstruktur. Tittar man på enheterna var för sig så ser man att ledarskapet spelar stor roll. Styrelsen och förvaltningen har därför stort fokus på att ge möjligheter till att utveckla cheferna i sitt ledarskap.

Vi ser därmed inte att styrelsen fattat några formella beslut om särskilda åtgärder för att komma tillrätta med avvikelserna.

Genomförande

Närhälsan arbetar generellt inte med fokus på enskilda kvalitetsindikatorer eller utifrån nämndområden. De har ett system som istället bygger på uppföljning av samtliga indikatorer per vårdcentral och där avvikelser beskrivs på respektive vårdcentral. Avvikelserna ska hanteras på respektive vårdcentral och följs vidare på områdesnivå och inom Närhälsans ledning. Vårdcentraler med bäst resultat uppmärksammas och vårdcentraler med sämst resultat följs särskilt. Som framgått görs också rapporter till styrelsen avseende kvalitet och vilka åtgärder som vidtas. När det gäller generell kvalitetsuppföljning så genomför Närhälsan controlling 2-3 gånger per år. Fokus detta år har varit på två saker: dels på processen ”Uppföljning av samtliga indikatorer med medicinskt värde”, dels hur man arbetar med förbättring av medicinska resultat.

Av intervjuer framgår det att det finns en generell vetskap inom Närhälsan om bristande måluppfyllelse för *läkemedelsgenomgångar*. Tjänstepersonen noterar att måluppfyllelsen är mycket låg men uttrycker också att hen inte känt till att östra hälso- och

sjukvårdsnämndsområdet avviker. Det kan finnas ett orsakssamband med mycket hyrläkare, då flera som har besvärligt med bemanningen har låg måluppfyllelse.

Rökning är inte något som fokuserats på ensamt utan det ingår i hela paketet, verksamheten tittar på hela bilden. Rökningsuppgift ska registreras i lablistan som går in i VEGA[14]. Den vägen rapporteras den hela vägen till regionala enheten för vårdval, VG primärvård, som kan följa den som en kvalitetsindikator.

Förskrivningen av antibiotika minskar generellt inom VGR, men det finns fortfarande förbättringspotential. Störst skillnader i förskrivning kan inom VGR ses mellan stadsmiljö och områden utanför städerna. Närhälsan har nationellt ganska bra siffror. Närhälsans vårdcentraler i Norra hälso- och sjukvårdsnämndens område skriver ut mer antibiotika än andra områden i VGR. Dock finns vårdcentraler i området som har ett bättre resultat. Närhälsans tjänsteperson utgår ifrån att hälso- och sjukvårdsnämnder tittar på utfallet för samtlig vårdcentraler och verksamheter i området. Närhälsan utgår i sin uppföljning från nyckeltal som STRAMA gett. Man ser på variationen och ser på varje enhet. Resultaten presenteras för styrelsen en gång per år. Förvaltningen får en presentation en gång i månaden.

Ordförande anger att ”rökning och fördjupad läkemedelsgenomgång måste vi jobba mer metodiskt med, medan antibiotikaförskrivning har vi blivit mycket duktigare på och mätbart på den översta tredjedelen av alla landsting”. Styrelsen kommer arbeta vidare med frågorna och ordförande anger att förvaltningen kommer få uppdrag att presentera en plan för att åtgärda de brister som granskningen påvisar.

Bedömning

Vår bedömning är att styrelsen har säkerställt att de har förutsättningar för att få tillräcklig information utifrån sitt uppdrag. Vi ser dock brister när det gäller att använda den informationen aktivt och styra på ett sätt som leder till resultat. Ett mycket tydligt exempel är fördjupade läkemedelsgenomgångar i Östra nämndens område som är ett mycket långvarigt problem. Vi kan inte se att styrelsen varken har utformat eller genomfört en ändamålsenlig styrning som leder till förbättrade resultat.

[14] Vega är Västra Götalandsregionens vårddatabas och syftar till att följa upp vårdkonsumtionen för invånarna i Västra Götaland. Databasen omfattar information om vård för såväl offentlig som privat bedriven primärvård, sjukhusvård och specialistvård, inom och utom regionen.

5.2 Östra hälso- och sjukvårdsnämnden

I avsnittet hanteras både läkemedelsgenomgångar och registrering av rökningsuppgift för astmapatienter, eftersom bristerna i båda fallen finns i nämndens område.

Tillräcklig information

Läkemedelsgenomgångarna följs upp i nämndens delårsrapporter och årsredovisningar. I årsredovisningen för 2016 följs läkemedelsgenomgångar och andelen olämpliga läkemedel upp och det anges att man för en dialog med varje vårdcentral kring frågorna. Samma frågeställningar återkommer i nämndens budget för 2017. I nämndens behovsanalys för 2017 framkommer också att nämnden har en lägre nivå på läkemedelsgenomgångar än övriga nämnder, vilket är statistiskt säkerställt.

Tjänstepersonen som arbetar med nämnden säger att frågan om läkemedelsgenomgångar är något som nämnden har följt sedan vårdvalet infördes år 2009. Nämndens presidium säger att läkemedelsgenomgångarna är något som följs upp kontinuerligt. Det är också ett område som lyfts fram i de forum för pensionärsdialoger som hålls löpande under året. Betydelsen av att läkemedelsgenomgångarna genomförs har framförts inte bara av nämnden utan även av kommunerna i området och har varit uppe i kommundialoger vid flera tillfällen.

Enligt de uppgifter nämnden fått under 2017 så har utvecklingen vänt till det bättre och resultaten av läkemedelsgenomgångarna utmärker sig inte lika negativt längre. Tjänstepersonen som arbetar mot nämnden lyfter också fram att när det gäller en annan relaterad indikator som mäter andelen olämpliga läkemedel är resultatet ganska bra i nämndområdet.

När det gäller rökning är det ingen indikator som redovisats i nämnden och som nämnden därmed följt, menar både presidiet och tjänstepersoner. Tjänstepersonen konstaterar att det alltid sker en prioritering även om rökning vid astma ändå är en viktig fråga. Däremot har rådgivande samtal varit i fokus. Frågan om rökning generellt följs och diskuteras i folkhälsosammanhang, men då är fokus på hälsa och unga. Nämnden har i slutet av 2018 beslutat att följa upp indikatorer avseende rökning vid astma och hjärtsjukdom.

Styrning

Östra nämnden har hela tiden formulerat målsättningar eller prioriterade områden för läkemedelsgenomgångar och vidare följt upp frågan. Östra nämnden skriver i sin årsredovisning för 2014 att andelen läkemedelsgenomgångar är för låg. I januari 2015 beslutar nämnden om mål och inriktning för det kommande åren och ett fokusområde är att arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning. Det fokusområdet ska nämnden följa upp genom bland annat indikatorn andelen läkemedelsgenomgångar. I årsredovisningen hänvisar nämnden till uppföljning av bland annat denna indikator i ett så kallat beställarbokslut.

Budgeten för 2016 utgår från fokusområdet en säkrare läkemedelsanvändning och att nämnden ska följa upp läkemedelsgenomgångarna. Detsamma gäller nämndens mål- och inriktningsdokument.

Presidiet menar att de brister som uppmärksammas tas på allvar och det finns en ambition att förbättra resultatet. De säger också att nämnden har jobbat aktivt genom information och

påverkan. Det har dock inte avsatts några extra stimulansmedel för att genomföra särskilda åtgärder.

Både nämnden och förvaltningen ställer sig frågan varför resultatet återkommande brister. Nämnden tar upp det bristande resultatet med primärvårdsstyrelsen och har bland annat fått som svar att vårdcentralerna kanske gör läkemedelsgenomgångar men de är av en enklare sort än den som krävs i krav- och kvalitetsboken[15]. Därför registreras de inte på vårdcentralen. Presidiet menar att när nämnden får kännedom om avvikelser och brister så tar de upp det med primärvården, med en uppmaning om att genomföra förbättringar. Mycket handlar om att utföraren tar sitt ansvar och agerar, menar de. Det finns inga sanktionsmöjligheter som nämnden kan använda.

Tjänstepersonen konstaterar att det kan finnas anledning att uppleva en viss maktlöshet. Normalt sett brukar det räcka med att nämnden lyfter fram en fråga för att de ska ge resultat, men det har inte varit så i detta fall. En förklaring kan vara att det finns brist på personal i Östra nämndens område och primärvården använder så kallade stafettläkare. Följden är att kontinuiteten brister mellan läkare och patient. En läkare som har en mer regelbunden kontakt med sin patient gör nog läkemedelsgenomgångarna mer naturligt, tror tjänstepersonen.

När det gäller rökning ser vi att nämnden framförallt under 2015 har ett arbete med hälsofrämjande aktiviteter generellt. Det konstateras i nämndens budget för 2015 att nämnden följer upp hälsofrämjande arbete på vårdcentraler årligen. Det uppges vara en trög process. I årsredovisningen för samma år beskrivs arbete med FAR och AUDIT[16] inom primärvården och det beskrivs återigen som en trög process.

Genomförande

En tjänsteperson som arbetar med uppföljning av vårdcentralerna på enhet primärvård inom koncernkontoret berättar att frågan om läkemedelsgenomgångar är en ständigt återkommande fråga som de aldrig släpper. Det arbetas intensivt med det och resultatet blir bättre och bättre. Frågan kommer upp i nämndernas dialog med kommunerna och tjänstepersonen på enhet primärvård får tillbaka det från nämnden och de tjänstepersoner som arbetar mot nämnden. De ställer frågor ofta om varför det ser ut som det gör med ett bristande resultat. Tjänstepersonen på enhet primärvård menar att de ser att vissa vårdcentraler gör ett mycket bra arbete och har bra processer för att arbeta med frågan. På enhet primärvård försöker de förmedla dessa goda exempel vidare till andra vårdcentraler så att de kan förbättra sitt arbete. En uppföljningsplan har också tagits fram som gäller primärvården. Den har tagits fram av enhet primärvård inom koncernkontoret, men har antagits som nämndens uppföljningsplan. Enligt den tjänsteperson som arbetar med planen på enhet primärvård inom koncernkontoret så antar de flesta nämnderna i stort sett planen enligt enhetens förslag.

I planen står det att syftet med uppföljningen är att säkerställa följsamhet och grad av måluppfyllelse till de uppdrag och krav som specificeras i krav- och kvalitetsboken för vårdval vårdcentral. Uppföljningen ska också ge underlag till redovisning av resultat och

[15] Det finns även så kallade enkla läkemedelsgenomgångar och för patienter som är yngre, men dessa mäts inte. Kravet i de fall vi granskar här är dock fördjupade läkemedelsgenomgångar.
[16] FAR är en förkortning för fysisk aktivitet på recept och AUDIT är en förkortning på The Alcohol Use Disorders Identification Test.

förbättringar av hälso- och sjukvården. Uppföljningen utgår från de krav som finns i krav- och kvalitetsboken, resultat av tidigare uppföljningar och prioritering och riskanalys samt de övergripande mål som fastställts i fullmäktige, styrelser och nämnder. Om brister upptäcks upprättas en åtgärdsplan som sedan ska följas upp. Resultatet av uppföljningen ska enligt planen kommuniceras muntligt och skriftligt till vårdgivaren, hälso- och sjukvårdsstyrelsen via begärda rapporter och hälso- och sjukvårdsnämnderna via begärda rapporter.

Den tjänsteperson på koncernkontoret som arbetar med denna uppföljning beskriver att enheten primärvård har möte på vårdcentralen, vilket sker med alla vårdcentraler, och sedan sammanfattas iakttagelserna i en rapport. Den skickas också ut till vårdcentralen så att alla är överens om vad som man sett. Rapporterna summeras sedan i beställarbokslutet som skrivs per hälso- och sjukvårdsnämnd. Det finns en processbeskrivning för detta som tagits fram och som man arbetat utifrån, om än inte fullt ut ännu. I planen utgör gruppen äldre över 75 år ett särskilt uppföljningsområden och även indikatorn med fördjupade läkemedelsgenomgångar.

I den tidigare nämnda uppföljningsplanen för vårdcentralerna som enhet primärvård tar fram så finns det enligt tjänstepersonen som arbetar mot nämnden inte specifikt indikatorn för registrering av rökningsuppgift vid astma, men angränsande frågor som handlar om hälsofrämjande och förebyggande arbete. I planen står det under denna rubrik: ”Indikatorer som belyser hälsofrämjande och förebyggande arbete samt vårdcentralens beskrivning av arbetet i enkätsvar. Fysisk aktivitet. Rådgivande samtal om alkoholvanor och drogvanor. Tobaksavvänjning”.

Presidiet säger att de är nöjda med de underlag de får och anser att rätt och bra beslut kan fattas med underlaget som grund. De lyfter också särskilt fram uppföljningssystemet Munin där indikatorerna för primärvården kan följas över tid och jämförelser kan göras mellan vårdcentraler.

Bedömning

Vi noterar att nämnden har en styrning och uppföljning mot mål och beslut och att insatser görs för att säkerställa efterlevnaden i relation till frågan om läkemedelsgenomgångar i primärvården.

Mot bakgrund av att bristerna avseende läkemedelsgenomgångar är *långvariga* och *väl kända* bedömer vi dock att det finns brister när det gäller nämndens förmåga att omvärdera sin styrning. Primärvårdsstyrelsen har misslyckats med att förbättra situationen under lång tid. Regionstyrelsen utser ansvarig tjänsteman till nämndens förfogande efter samråd med nämnden. Nämnden fastställer varje mandatperiod instruktion till ansvarig tjänsteman. Nämnden har möjlighet att ge ansvarig tjänsteman ett tydligt och riktat uppdrag att följa upp huruvida styrningen inom Närhälsan med avseende på läkemedelsgenomgångar är effektiv.

Nämnden och dess tjänstemän tar själva upp flera möjliga förklaringar till bristerna inom Närhälsan. En av dem är personalbrist i Östra nämndens område. Oavsett om dessa faktorer är orsaker till problemen eller inte så rör det sig om frågor som delvis kan ligga utanför nämndens kontroll. Om nämnden bedömer detta som ett hinder för en jämlik vård som ligger helt utanför nämndens kontroll och inte kan lösas genom uppföljning och dialog med primärvårdsstyrelsen så borde nämnden ha kommunicerat detta till fullmäktige.

Vår bedömning när det gäller registrering av rökningsuppgift vid astma är att nämnden inte säkerställt att den får tillräcklig information, att det saknas styrning samt att uppföljningen utifrån avtalen med Närhälsans vårdcentraler varit otillräcklig.

Vår bedömning är sammanfattningsvis att den styrning och uppföljning som upprättats av nämnden inte är *ändamålsenlig.* Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken nämndens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

5.3 Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Av nämndens detaljbudget för 2016 framkommer att fel i läkemedelshanteringen är den vanligaste avvikelsen i rapporteringen mellan vårdnivåer och en vanlig orsak till att patienter kommer tillbaka till sjukvården med problem. Vidare anges att krav- och kvalitetsboken innehåller ett stort antal uppföljningsindikatorer inom läkemedelsområdet, bland annat följs förskrivningen av sömnmedel, benzodiazepiner och antibiotika upp. I behovsanalysen för 2018 framkommer redogörelse över antibiotikaförskrivning per kommun och invånare, men inte specifikt för Närhälsans vårdcentraler.

Tjänstepersonen som arbetar mot nämnden uppger att de inte kände till denna avvikelse. Tjänstepersonerna träffar varje vårdcentral enskilt årligen och resultatet av mötena summeras i beställarbokslutet. De använder Munin för att följa kvalitetsindikatorerna för vårdcentralerna, men de har inte sett detta. De uppger också att varken STRAMA, som är regionens centralt driva arbete för att förbättra antibiotikaförskrivningen, eller de medicinska sektorsråden har lyft fram detta. Tjänstepersonerna uppger att de dock lyfter fram avvikelser och särskilt när det gäller läkemedel. Nämndens presidium säger att de har möten med företrädare för Närhälsan, men att de inte lyft frågan om antibiotikaförskrivning.

En förklaring till att antibiotikaförskrivningen inte uppmärksammats på detta sätt kan vara att de tittar på alla vårdcentraler samlat vilket innefattar även privata vårdcentraler, menar tjänstepersonen. Det är en hög andel i området som har valt privata vårdcentraler. Sammantaget kan det vara så att resultatet inte sticker ut för Norra hälso- och sjukvårdsnämnden då[17], menar tjänstepersonen.

Bedömning

Vår bedömning är att nämnden inte säkerställt att den får tillräcklig information, att det saknas styrning samt att uppföljningen av sjukhuset utifrån avtalen med Närhälsans vårdcentraler varit otillräcklig.

[17] Vi har gjort en jämförelse där vi tittat på resultatet bara på Närhälsan jämfört med alla vårdcentraler i Norra nämndens område. Norra nämndens vårdcentraler sticker ut lika mycket oavsett om det gäller bara Närhälsan eller alla vårdcentraler.

6. Ägarnas ansvar för en jämlik vård

Vi har sett att varken utförare eller beställare uppnår förväntade resultat över en längre tidsperiod. I en del fall saknas styrning och uppföljning och i andra fall är den inte ändamålsenlig. Ansvaret tas inte bort från utföraren eller beställaren, men finns det andra aktörer som har ett kompletterande ansvar när resultaten uteblir?

Reglementena ger ledning om att både regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen kan ha ett sådant kompletterande ansvar. Båda styrelserna har någon form av övergripande ansvar för VGR: s verksamhet och styrelserna beskrivs som ägare i VGR: s styrmodell. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen som systemägare för hälso- och sjukvårdssystemet. Regionstyrelsen som ägare för VGR: s utförare i egen regi.

När vården inte är jämlik och resultatet avviker mot målen kan potentiellt sett ägarna reagera på detta på något sätt. Den geografiska ojämlikhet och avvikelse mot kvalitetsmålen som vi beskriver är ett faktum, men hur de ska relateras till det ansvar som beskrivs i regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens reglementen är dels otydligt för många intervjuade och dels en fråga om tolkning visar vår granskning.

Med tolkning menar vi vad som betonas i reglementena som ett ansvar för antingen regionstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsstyrelsen i relation till de geografiska ojämlikheter som vi lyfter fram i denna rapport. Vi ser dels att många har svårt att tolka ansvarsfördelningen mellan styrelserna överhuvudtaget, men utöver det också två olika tolkningar av vem som primärt ska hantera problemen.

För det första säger många tjänstemän och förtroendevalda vi intervjuat att de tycker det är svårt att reda ut ansvaret mellan de två styrelserna. En del ger en övergripande beskrivning av ansvarsfördelningen som att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar om regionala medicinska riktlinjer eller ordnat införande, medan regionstyrelsens ansvar handlar mer om resursfördelning. Även om de gör en sådan beskrivning påpekar flera att det ändå är svårbegripligt inte minst när en konkret fråga diskuteras. Andra har svårt att se någon väsentlig skillnad alls mellan styrelsernas ansvar. I flera fall rör det då sig om tjänstemän med kvalificerade tjänster och förtroendevalda som ingår i nämnders och styrelsers presidium och därmed har en ledande roll.

För det andra görs en tolkning som betonar både ägarskap och vårdgivaransvaret. Enligt reglementet har både regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen ett ägarskap som gör att de geografiska ojämlikheter och kvalitetsbrister vi lyft fram kan vara relevanta för båda styrelserna. Regionstyrelsen är dock även vårdgivare för egenregiverksamheterna. En vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård, enligt hälso- och sjukvårdslagen. Lägger man ihop regionstyrelsens ägarskap för VGR: s egna utförare och vårdgivaransvaret så faller ansvaret för kontroll och åtgärder framförallt på regionstyrelsen, medan hälso- och sjukvårdsstyrelsen har en allmän verksamhetsutvecklande roll. Flera av de intervjuade menar också att hälso- och sjukvårdsstyrelsen har en viktig uppgift att definiera vad som är god kvalitet oavsett om verksamheten är i egen regi eller inte, vilket de gör i beslut om medicinska riktlinjer exempelvis. I denna tolkning betonar de intervjuade särskilt regionstyrelsens ansvar för sina enskilda utförares enskilda kvalitetsbrister.

För det tredje görs en tolkning som betonar att hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett systemansvar som omfattar att se till att vården ges jämlikt i hela regionen. I ansvaret ingår att vid avvikelser av stor vikt uppmärksamma regionstyrelsen och regionfullmäktige på sådana avvikelser och vid behov föreslå åtgärder eller påkalla uppmärksamhet. Denna tolkning betonar att hälso- och sjukvårdsstyrelsen har ett ”bevakningsansvar” över hälso- och sjukvårdssystemet. Styrelsen ska upptäcka avvikelser av stor vikt och hantera dem genom att föreslå åtgärder och uppmärksamma regionstyrelsen på dem.

Ingen av dessa tolkningar utesluter varandra och är fullt rimliga utifrån reglementena för hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen. De utesluter inte varandra eftersom att en person kan tycka att regionstyrelsen ska hantera enskilda avvikelser hos VGR: s egna utförare, medan hälso- och sjukvårdsstyrelsen tar hand om större problem med ojämlikhet i hela systemet (egna utförare och privata utförare) och uppmärksamma regionstyrelsen på dem och/eller föreslår åtgärder. Det är olika typer av ansvar som skiljer sig åt, men som också rör sig över liknande områden och frågor. Utfallet på de kvalitetsindikatorer som hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutat om torde potentiellt sett kunna vara av intresse för hälso- och sjukvårdsstyrelsen om de visar på ojämlikhet och avvikelser av större vikt och för regionstyrelsen för att de innebär avvikelser hos VGR: s utförare.

Regionstyrelsens ansvar för egenregiverksamheterna beskrivs i VGR: s ledningssystem för hälso- och sjukvården. Av särskild relevans för denna granskning är att regionstyrelsen och utförarna ska göra riskanalys, egenkontroll och vidta åtgärder för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Utförarna för sin verksamhet och regionstyrelsen för samtliga egenregiverksamheter på en övergripande nivå. Regionstyrelsen är också ansvarig för själva ledningssystemet i sig, att det finns och följs. De beslutar också om ledningssystemet i form av en riktlinje.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar utifrån systemägaransvaret beskrivs i stort sett inte mer utförligt i ledningssystemet jämfört med vad som ändå framkommer i reglementena. Det kan bero på att hälso- och sjukvårdsstyrelsen skapar riktlinjer och kvalitetsnivåer i första läget som därefter säkerställs genom att regionstyrelsen upprätthåller och tillämpar ledningssystemet. Dock kan tillämpningen av ledningssystemet, med riskanalyser och egenkontroll, leda fram till en slutsats om att det finns brister i processer och rutiner som beskrivs exempelvis i medicinska riktlinjer. Då leder det vidare till hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar för sådana beslut om exempelvis förbättrade medicinska riktlinjer.

Ledningssystemet utesluter därmed inte heller någon av tolkningarna som beskrevs tidigare, men det är huvudsakligen regionstyrelsens och utförarnas ansvar som beskrivs lite mer ingående och därmed kanske preciserar ansvaret.

Ledningssystemet ska således säkerställa kvaliteten i egenregiverksamheten, men egenregiverksamheten är bara en del av det system som ägs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Vi kan inte se att hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar preciseras någonstans annat än i ett mycket nytillkommet förslag till beslut om att tydliggöra reglementena. Här läggs ett förslag till regionfullmäktige om att de nämnder som ”har ett systemägaransvar får i uppdrag att årligen återrapportera utvecklingen inom sina respektive områden ur ett systemperspektiv till regionstyrelsen”. Bakgrunden till förslaget är att det idag inte sker någon återrapportering till

regionstyrelsen och regionfullmäktige av utvecklingen inom respektive verksamhetsområde ur ett systemperspektiv.

Sammanfattning

Inledningsvis ställdes en fråga: Ansvaret tas inte bort från utföraren eller beställaren, men finns det andra aktörer som har ett kompletterande ansvar när resultaten uteblir? Vi konstaterar att det är ett genomgående tema i intervjuerna att ansvarsfördelningen mellan regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen beskrivs som svårbegriplig och otydlig. Med det sagt kan problemen vi lyft fram hanteras utifrån både hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar och regionstyrelsens ansvar:

För hälso- och sjukvårdsstyrelsen som ojämlik vård och/eller en avvikelse av större vikt, där den följs upp och åtgärdas utifrån ett systemperspektiv huvudsakligen genom förslag på eller beslut om åtgärder och utvecklingsinitiativ. Att denna uppföljning ska ske är något som förtydligats först på senare tid.

För regionstyrelsen genom riskanalys, egenkontroll och att vidta åtgärder för att säkerställa kvaliteten i egenregiverksamheten.

6.1 Regionstyrelsen

En tolkning av regionstyrelsens ansvar i relation till problemen med ojämlik vård som vi lyfter fram här är att regionstyrelsen genom *riskanalys*, *egenkontroll* och *förbättrande åtgärder* ska säkerställa kvaliteten i egenregiverksamheten.

Riskanalyser och intern kontroll

I regionstyrelsens riskanalys och internkontrollplan för 2017 ingår inte några risker eller kontrollmoment som direkt berör något av de områden som vi lyft fram i denna rapport. Det finns inte heller någon risk eller kontrollmoment som berör kvaliteten på vården eller jämlik vård. Tidigare har det funnits kontrollmoment som handlat om regionstyrelsen får den information som behövs för att ta sitt vårdgivaransvar. Det gällde 2015 och redovisades under 2016.

En av de intervjuade bekräftar att avvikelser som gäller kvalitet eller jämlik vård inte har lyfts upp i processen med regionstyrelsens riskanalys. Å den andra sidan finns riskanalyser som berör medicinsk kvalitet bakom vissa andra ärenden, enligt intervjupersonen. Ett exempel är beslutet om omställningen i vården. Bakgrunden till beslutet är flera olika stora och väsentliga risker inom vården som bland annat berör kvalitet. Intervjupersonen säger att riskanalyser kan göras i olika sammanhang även om de inte kallas för riskanalys eller har någon koppling till processen med regionstyrelsens riskanalys och internkontrollplan.

Egenkontroll

Regionstyrelsens egenkontroll utgörs huvudsakligen av verksamhetsuppföljning, verksamhetsanalys och controlling. Ägarutskottet har också en stående punkt på ägarutskottet om kvalitet och patientsäkerhet samt dialoger med utförarstyrelser. Vidare följs patientsäkerhetsarbetet upp i patientsäkerhetsberättelsen.

Verksamhetsuppföljning i delårsrapporter och årsredovisning

Regionstyrelsen följer kvalitetsutvecklingen på en generell nivå utifrån fullmäktiges mål/fokusområde för den medicinska kvaliteten i delårsrapporter och årsredovisningar. När det gäller strokevård och väntetider till operation av höftfraktur så uppmärksammas kvalitetsbrister inom dessa områden generellt i VGR i rapporteringen för 2016. Därefter redovisas i delårsrapport augusti 2017 att NU-sjukvården gör en satsning för att förbättra strokevården, i samband med att controllingen summeras för enheter inom hälso- och sjukvården.

Det regionala målet för antibiotikaförskrivning följs upp i årsredovisning och delårsrapporter under 2016 och 2017. Måluppfyllelsen har förbättrats generellt i VGR och avser inte specifikt Närhälsans vårdcentraler. Utbildnings- och uppföljningsinsatser via den centrala funktionen STRAMA beskrivs som ett aktivt arbete.

Arbetet med läkemedelsgenomgångar rapporteras generellt för VGR fram till årsredovisningen 2015 som redovisas i mars 2016. Målet nås inte och utfallet beskrivs som väsentligen konstant under det senaste året. Uppföljning och kvalitetssystem ska skapa goda förutsättningar för arbetet. Vidare rapporteras att ersättningen höjts i krav- och kvalitetsboken med en förhoppning om bättre resultat. Närhälsans arbete med att säkerställa att rutiner följs beskrivs kort.

När det gäller hälsofrämjande arbete och tobak sker fram till årsredovisningen för 2015, som behandlas i början av 2016, en generell redovisning under målet ”Hälsofrämjande arbete ska skapa förutsättningar för bättre hälsa” som delvis berör vårdcentralerna och rökning. Bedömningen är att nästan alla vårdcentraler nu uppfyller kravet och har diplomerad tobaksavvänjare.

I delårsrapporten augusti 2017 för VGR görs en kort redovisning av controllingen och det framgår att Närhälsan ”byggt ett välfungerande system som möjliggör effektivt kvalitetsarbete. Systematiskt arbete för att minska oönskade variationer i kvalitet och patientsäkerhet”.

Det konstateras också generellt i samma delårsrapport att även om det finns variationer och brister i kvalitet och patientsäkerhet har förvaltningsledningarna i allmänhet god kontroll och tar ett tydligt ansvar för ett strukturerat och målinriktat förbättringsarbete.

Stående punkt om kvalitet och patientsäkerhet på ägarutskottet

Regionchefsläkaren har på ägarutskottet haft en stående punkt på agendan ”Aktuella rapporter från regionchefsläkaren” sedan mars 2017. Flera av de intervjuade tjänstepersonerna lyfter fram detta som ett exempel på aktiviteter där regionstyrelsen tar ett vårdgivaransvar.

Punkten är ett informationsärende och det finns inga handlingar till ärendet. Att döma av tidsangivelser rör det sig om 10-15 minuter. Innan dess finns ingen löpande informationspunkt som uppenbart behandlar kvalitetsfrågor specifikt. Regiondirektörens information kan självklart ha innefattat sådana frågor innan regionchefläkarens rapport blev en stående punkt.

Controlling

Tjänstepersoner på koncernkontoret har så kallade controllingmöten med alla förvaltningar två gånger per termin. Personer med stort inflytande på vården ska närvara på mötena som sjukhusdirektör, kvalitets/utvecklingschef och chefläkare. Utgångspunkten för mötena är bland annat hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om kvalitetsindikatorer. Fokus är i vilken mån sjukhuset når målen för medicinsk kvalitet eller inte. Den granskade förvaltningen får ge sin syn på resultatet och berätta om vilka åtgärder som de ska genomföra för att nå ett bättre resultat. Efter mötet skriver controllinggruppen en rapport för den granskade sjukhusförvaltningen som gås igenom med hälso- och sjukvårdsdirektören.

I controllingen som genomförts för NU-sjukvården i år har det bland annat diskuterats brister i strokevården och åtgärder för att komma tillrätta med bristerna, enligt våra intervjuer. Exempel är att det finns problem med personalförsörjningen i neurologverksamheten där strokevården ingår, men också att en ny extern processledare har anställts på sjukhuset. De intervjuade säger också att de sett att läget på Sahlgrenska universitetssjukhuset blivit sämre när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer. Sjukhuset har brist på operationssalar och personal. Ortopedin konkurrerar också med obstetriken[18] om utrymmet på sjukhuset. Det ska dock bli bättre till följd av omflyttningar.

I controllingen av Närhälsan har den tjänsteperson som arbetar med primärvården noterat att Närhälsan har tagit ett helt nytt grepp på kvalitet. De använder bland annat MedRave[19] och följer kvaliteten på enhetsnivå och på förvaltningsnivå. De kan med grund i systemet visa hur spridningen ser ut och de arbetar med att dels identifiera de vårdcentraler som har lägre resultat och dels de vårdcentraler som har goda resultat för att se och lära av vad de gör. De har också fått instrument i systemet så att de kan identifiera patienter som faller utanför rekommenderade kvalitetsmål så att de kan arbeta särskilt med dessa. Denna analys uppdateras var sjätte månad. Därtill arbetar Närhälsan med standardiserade processer för olika sjukdomsgrupper och med att få Närhälsan att arbeta som en organisatorisk enhet, menar tjänstepersonen.

Controllingrapporterna per sjukhusförvaltning går inte till ägarutskottet eller regionstyrelsen som handlingar, menar de intervjuade. En av dem säger dock att det under våren 2017 gjordes

[18] Vård under graviditet, förlossning och den närmaste tiden efter förlossningen.
[19] Ett system för att analysera och ta fram rapporter utifrån befintliga journalsystem.

en lite fördjupad genomgång av controllingen och de olika sjukhusens resultat. Controllingen används av de som skriver texter till regionstyrelsens delårsrapporter och årsredovisning när det gäller bland annat målet om den medicinska kvaliteten. I avsnittet ovan om verksamhetsuppföljning i denna rapport framgår att områden med brister lyfts fram generellt samt att kort sammanställning av controllingen per enhet rapporterats.

Regionstyrelsen och ägarutskottet har också tillgång till snabbfakta där kvalitet enligt kvartalen framgår. Snabbfakta är en sammanfattande månatlig rapportering för vissa utvalda verksamheter som bygger på controllingen. Kvartalen är en dataplattform där sjukhusens kvalitet på ett antal indikatorer framgår, bland annat de kvalitetsindikatorer för specialistvården som vi lyft fram i denna rapport. I snabbfakta redovisas ett samlat mått på alla indikatorer per sjukhus som betecknas som röd, gul eller grön. En av de intervjuade tjänstepersonerna beskriver det som ett slags samlat genomsnitt för kvaliteten totalt på respektive sjukhus och det sker ingen separat redovisning per kvalitetsindikator.

Regionstyrelsens ordförande säger att regionstyrelsen löpande får information om VGR: s verksamheter vad gäller produktion och väntetider med mera. Via just snabbfakta som lämnas till regionstyrelsen får styrelsen också återkommande rapporter där jämförelse av vården mellan VGR: s sjukhus och verksamheter kan utläsas. Från de förtroendevaldas sida har generellt fokus legat på kortare väntan på akuterna och kortare köer till besök och behandling, som ordföranden säger innefatta att vården ges på lika villkor och att det sker i hela regionen.

Dialog med utförare och beställare

Vice ordföranden i regionstyrelsen säger att styrelsen med återkommande regelbundenhet har haft överläggningar med presidierna i hälso- och sjukvårdsnämnder och utförarstyrelser. Vid sådana överläggningar hittills under mandatperioden har diskussioner huvudsakligen förts om nämnder och styrelsers ekonomiska villkor och behov av åtgärdsplaner. Däremot har frågan om jämlik vård sällan lyfts upp som en systematisk uppföljningsdiskussion. Nämnder och styrelser har inte heller signalerat om huruvida den beställda och genomförda vården ges på jämlika villkor över hela regionen, enligt vice ordföranden.

Ordföranden i regionstyrelsen säger att de för en löpande diskussion med sjukhusstyrelserna. Regionstyrelsen ställer i samband med det krav på åtgärder för att nå de mål som gäller exempelvis för väntetider vid akuterna och för att nå vårdgarantin vid alla av VGR: s verksamheter. Ordförande påpekar vidare att detta givetvis har sin grund i att vården ska komma medborgarna till del på lika villkor och oberoende av geografisk hemvist.

Verksamhetsanalys och fördjupningsrapporter

Verksamhetsanalysen är en grund för den kvalitetsredovisning som ges i delårsrapporter och årsredovisningar. I övrigt nämns verksamhetsanalysen både i delårsrapporter och årsredovisningar samt i något fall i regiondirektörens informationsärenden, men då är det inte en redovisning av något resultat utan en hänvisning att verksamhetsanalysen finns tillgänglig och ofta med en direkt länk till verksamhetsanalysens hemsida.

Inom ramen för verksamhetsanalysen har bristerna i strokevården inom NU-sjukvården lyfts upp under flera år när resultaten för VGR: s strokevård kommenteras. En särskild fördjupningsrapport publicerades också under 2015 som särskilt lyfter fram bristerna inom NU-sjukvården och för såväl intial vård som trombolys.

I juni 2017 rapporteras en generell förbättring inom regionen under åren 2010 till 2012 när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer, vilket för några sjukhus bytts till en försämring 2016. Förloppen är dock något varierande för de olika sjukhusen varför dessa redovisas separat. Av redovisningen framgår att enheten SU/Mölndal har förbättrat sitt resultat för det enskilda året 2016 i jämförelse med andra och att det finns sjukhus som ligger sämre än dem.

Patientsäkerhetsberättelsen

Patientsäkerhetsberättelsen är en uppföljning av patientsäkerhetsplanen som beslutas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. När vi frågat om varför regionstyrelsen beslutar om patientsäkerhetsberättelsen medan hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar om patientsäkerhetsplanen så är de vi intervjuat osäkra på varför, men säger att patientsäkerhet följer vårdgivaransvaret och patientsäkerhetsberättelsen går via regionstyrelsen.

Vi kan utifrån vårt urval konstatera att regionstyrelsen följer upp antibiotikaförskrivningen. I patientsäkerhetsberättelsen för 2016 görs en mycket omfattande och detaljerad redovisning av STRAMA-arbetet. Där analyseras primärvårdens arbete. Det görs också en tydlig måluppfyllelseanalys och redogörelse för hur styrningen bedrivs. Den bedrivs genom utbildning och uppföljning och att man söker upp högförskrivande enheter inom primärvården. Vårdcentralerna får ersättning för ett sådant arbete genom vårdvalssystemet.

Analysen och bedömningen av måluppfyllelse avslutas med en beskrivning av fortsatt arbete och målsättningar för det kommande året. Det konstateras att särskilda insatser med uppsökande verksamhet riktat mot högförskrivande enheter där endast ett fåtal deltagit i utbildning kommer att krävas även framöver. Det konstateras att det finns för stora skillnader i antibiotikaförskrivning inom regionen (vilket också framgår i redovisningen med grund i statistik). I patientsäkerhetsberättelsen för 2015 sker en motsvarande redovisning som beskrivits ovan.

Förbättrande åtgärder

Ledningssystemet för hälso- och sjukvården i VGR beskriver hur det ska gå till när förbättrande åtgärder ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Den samlade verksamhetens kvalitet ska följas kontinuerligt och kvalitetsbrister rapporteras till ledningen på relevant organisatorisk nivå för åtgärd. Detta ska enligt ledningssystemet ske bland annat inom ramen för ordinarie verksamhetsuppföljning exempelvis snabbfakta och kvalitetscontrolling. En sammanfattande bedömning ska göras i delårsrapporter och årsrapport. I detaljbudgeten planeras förbättrande åtgärder i verksamheten, enligt ledningssystemet.

Vi kan inte se att några åtgärder vidtagits för att förbättra kvaliteten specifikt för de områden vi lyft fram förutom den egenkontroll som genomförts och som beskrivits tidigare. De tjänstemän som företräder regionstyrelsen säger att det är mer komplicerat för regionstyrelsen att vidta åtgärder än att följa upp verksamheten genom egenkontrollen. Det finns en spänning mellan å den ena sidan hälso- och sjukvårdslagen med vårdgivaransvaret som pekar på att regionstyrelsen ska vidta åtgärder. Å den andra sidan innebär kommunallagen att en nämnd inte är överordnad andra nämnder. En lösning på det är enligt tjänstepersonen att regionstyrelsen som i delårsrapporten för augusti 2017 föreslår regionfullmäktige att alla sjukhusstyrelser ska vidta åtgärder till följd av kvalitetsbrister.

Flera tjänstepersoner som arbetar mot såväl regionstyrelsen, hälso- och sjukhusstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna pekar på att egenkontrollen och uppföljning kan bidra till att brister uppmärksammas. Flera menar också att det i sig ofta leder till förbättringar eftersom att verksamheterna är måna om att ha en god kvalitet. Dock menar de att åtgärderna är ett utvecklingsområde. Det finns en egenkontroll, men åtgärder som eventuellt kan följa av det har inte vidtagits i särskilt stor utsträckning.

De säger att de verktyg som använts är trubbiga och att regionstyrelsen inte tömt ut alla de möjligheter som finns när det gäller att använda tillgängliga verktyg. En av de intervjuade ger som exempel att styrelsen skulle kunna lyfta upp ett område som specifikt strokevården och att fullmäktige kunde ge alla sjukhusstyrelser i uppdrag att tillsammans utveckla strokevården. På så sätt blir det också något som kan följas upp på ett bättre sätt. Regionstyrelsen kunde också i högre utsträckning destinera sina uppdrag eller beslutsförslag till enskilda styrelser. Om något framkommer i egenkontrollen eller på annat sätt så kan det formuleras som att den specifika styrelsen uppmärksammas på detta, snarare än som i nuläget där det är väldigt generellt beskrivet. Några jämför också med regionstyrelsens åtgärder vid ekonomiska obalanser där krav ställs på åtgärdsplaner, tätare uppföljning och i vissa fall ägarstöd.

Sammanfattning

Regionstyrelsen genomför inte någon riskanalys som avser kvalitet eller jämlik vård inom ramen för internkontrollarbetet. Däremot kan riskanalyser ingå i andra beslut. Egenkontrollen bedrivs i flera olika former som verksamhetsanalys, controlling och dialoger med utförarstyrelser. Det rapporteras till styrelsen huvudsakligen via delårsrapporter och årsredovisningen, patientsäkerhetsberättelsen och i rapporter på ägarutskottet. Några åtgärder för att förbättra resultatet avseende de kvalitetsindikatorer vi lyft fram har inte vidtagits från regionstyrelsens sida, annat än generella uppdrag till verksamheterna att hantera kvalitetsbrister.

Bedömning

Regionstyrelsens ansvar för egenregiverksamheten beskrivs i VGR: s ledningssystem för hälso- och sjukvården. Av särskild relevans för denna granskning är att regionstyrelsen ska göra riskanalys, egenkontroll och vidta åtgärder för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Regionstyrelsen är också ansvarig för själva ledningssystemet i sig och att det har en god utformning och följs. Vi ser framförallt två brister. Den första handlar om hur

ledningssystemet för hälso- och sjukvården *genomförs*. Den andra om hur ledningssystemet är *utformat*.

För det första finns det en svaghet när det gäller att förvalta den egenkontroll som genomförs och som trots allt är relativt omfattande och dessutom utvecklats väsentligt under senaste åren. Egenkontrollen ska ge underlag för att vidta förbättrande åtgärder. Vi ser att regionstyrelsen brister när det gäller att vidta förbättrande åtgärder. Det gäller i synnerhet i fall där långvariga och väl kända kvalitetsbrister och ojämlik vård föreligger. Tydliga exempel är strokevården inom NU-sjukvården, väntetider till operation av höftfraktur inom Sahlgrenska universitetssjukhuset och läkemedelsgenomgångar inom Närhälsan. Det finns möjligheter att utveckla styrningen utan att det innebär att regionstyrelsen går över sina befogenheter i relation till andra nämnder/styrelser då sådana frågor exempelvis kan lyftas för behandling och beslut i fullmäktige. Det ger också en grund för en tydligare uppföljning och dialog som kan säkerställa att utförarna åstadkommer resultat. Regionstyrelsen har inte i tillräcklig omfattning använt denna möjlighet till aktiv styrning för att åstadkomma förbättrande åtgärder.

Vår bedömning är därför att regionstyrelsens inte vidtagit förbättrande åtgärder i tillräcklig utsträckning inom ramen för befintligt ledningssystem.

För det andra brister tillämpningen av ledningssystemet även hos utförarna på ett likartat sätt som för regionstyrelsen – det brister när det gäller att vidta effektiva förbättrande åtgärder i fall där det funnits väl kända brister under en längre tid. En fråga kan ställas om regionstyrelsen verkligen ska hantera enskilda kvalitetsavvikelser i enskilda delar av regionen. Kvalitetsindikatorer som också kan framstå som väldigt specifika och avgränsade. Regionstyrelsen kan rimligtvis inte hantera varje enskild kvalitetsbrist ur alla tänkbara perspektiv och indelningar. Regionstyrelsen har dock ett ansvar för att se till att utforma ett effektivt och väl fungerande ledningssystem som gör att behovet för regionstyrelsen att hantera sådana enskildheter inte uppkommer. Det vill säga att bristerna verkligen identifieras, att styrning utformas och genomförs av utförarna så att resultatet förbättras inom en rimlig tidsram.

Utformningen av ledningssystemet inom hälso- och sjukvården brister då det inte finns någon tydlig struktur för hur det ska gå till när förbättrande åtgärder ska vidtas varken för regionstyrelsen själv eller för utförarna. Som framkommit menar också de intervjuade att formerna för att faktiskt vidta åtgärder är ett utvecklingsområde. Formerna för kommunikation mellan regionstyrelsen och utförarstyrelserna är otydliga och inte tillräckligt utvecklade när det gäller kvalitetsbrister. En sådan kommunikation kan handla framförallt om:

- konkreta uppdrag och återrapportering
- kommunikation från utföraren om risk för kvalitetsbrister till följd av externa faktorer som de inte enskilt råder över
- stöd

Vi lyfter särskilt fram strokevården inom NU-sjukvården, väntetider till operation av höftfraktur inom Sahlgrenska universitetssjukhuset och läkemedelsgenomgångar inom Närhälsan.

Vår bedömning är därför också att regionstyrelsen inte utformat ett ledningssystem som är tillräckligt effektivt.

Med ett effektivt ledningssystem för att vidta förbättrande åtgärder torde regionstyrelsens behov av att identifiera och följa upp enskilda kvalitetsbrister minska. Vi ser en motsvarande sådan brist i kommunikation mellan regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen, vilket behandlas mer ingående i nästa avsnitt.

6.2 Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Ansvaret för hälso- och sjukvårdsstyrelsen ser lite olika ut beroende på vilken fråga det gäller. När det gäller specialistvården, stroke och höftfraktur, kan det potentiellt sett vara en fråga för styrelsen om det betraktas som ojämlik vård och/eller en avvikelse av större vikt. Om så är fallet kan det följas upp och åtgärdas utifrån ett systemperspektiv, huvudsakligen genom förslag/beslut om åtgärder och utvecklingsinitiativ. Tjänstepersonerna som arbetar med hälso- och sjukvårdsstyrelsen menar att systemägarrollen innebär att styrelsen arbetar med den så kallade omställningen av vården som beslutades av fullmäktige i maj 2017. Mest relevant i detta sammanhang är så kallad kvalitetsdriven verksamhetsutveckling även om omställning av vården innebär flera olika saker. Det framgår av beslutsunderlaget att det behövs ett systematiskt arbete med lokal verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar inom varje verksamhet för att förbättra produktivitet och effektivitet samt arbetsmiljö. Det står också att:

Sjukvårdens chefer och medarbetare ska ges tid, kunskap och redskap att arbeta med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling i syfte att kunna erbjuda högre medicinsk kvalitet och högre patientupplevd kvalitet i en bättre organisation.

Med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar ska vi tillvarata medarbetarnas kompetens och vilja att utveckla hälso- och sjukvården. Västra Götalandsregionens ambition är att nationellt bli ledande i arbetet med kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården.

Förbättrad kvalitet är nästan alltid likställt med ökad effektivitet i hälso- och sjukvården, och vice versa. Kvalitetsarbetet syftar därför till att säkerställa en kunskapsbaserad, personcentrerad, patientsäker, jämlik, tillgänglig och effektiv vård, samtidigt som produktivitet och effektivitet förbättras.

Kunskapsorganisationen spelar en viktig roll vid sidan av linjeorganisationen, för att driva på utvecklingen och skapa legitimitet för utvecklings- och förändringsarbetet. Stödet till kunskapsorganisation ska därför ses över och förbättras. (Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen 2017)

I tredje stycket beskrivs syftet med kvalitetsarbetet som att säkerställa bland annat en jämlik vård samtidigt som produktivitet och effektivitet förbättras. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar om en handlingsplan för strategin. Den omfattar bland annat när det gäller kvalitetsdriven verksamhetsutveckling:

- Att ta fram förslag på hur kvalitetsarbetet i regionens hälso- och sjukvård kan stärkas genom att delar samordnas bättre och annat stärks genom att samlas i en strategisk regionutvecklande funktion för stöd till kvalitetsutveckling och medicinsk uppföljning/revision
- Utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
- Årlig uppföljning och åtgärdsplan. Med utgångspunkt i Öppna jämförelser/Vården i siffror ska regionen återuppta en årlig uppföljning av resultaten och ta fram en årlig åtgärdsplan kring de områden där regionen som helhet inte presterar tillräckligt hög kvalitet.

- Översyn av kunskapsorganisationen, hur den ska organiseras och hur administrativt stöd kan stärkas så att de kan spela en viktigare roll i kunskaps- och kvalitetsutvecklingen framöver.
- Utveckla en regional modell för kunskapsstyrning som bygger på en kommande nationell modell.

Tjänstepersonerna menar att detta arbete är ett exempel på hälso- och sjukvårdsstyrelsens roll i relation till exempelvis brister i specialistvården, vilket sker på en mer generell och övergripande nivå snarare än att hantera enskilda avvikelser på en förvaltning. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sätt att arbeta med frågan skulle inte vara enskilda kvalitetsproblem inom enskilda utförare utan mer som en fråga om exempelvis strokevårdens kvalitet inom VGR generellt. Genom ett utvecklat kvalitetsarbete som hälso- och sjukvårdsstyrelsen driver kan i så fall jämlikheten inom exempelvis strokevården förbättras.

När det gäller Lundby närsjukhus så är det en privat vårdgivare och regionstyrelsens ansvar för egenregiverksamheterna träder inte in. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen kan ha ett ansvar att följa upp och föreslå utvecklingsåtgärder utifrån ett systemperspektiv om bristerna betraktas som ojämlik vård och/eller en avvikelse av större vikt eftersom att deras ansvar omfattar all regionfinansierad vård.

När det gäller kvalitetsindikatorerna som berör primärvården så ligger de närmast hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar eftersom att styrelsen utformar den så kallade krav- och kvalitetsboken, enligt de intervjuade tjänstepersoner som arbetar för styrelsen.

Förste vice ordföranden i hälso- och sjukvårdsstyrelsen säger att styrelsen har vidtagit åtgärder för att vården som erbjuds inom VGR ges på lika villkor och därmed också är jämlik ur ett geografiskt perspektiv. Första vice ordförande säger också att vid sidan av revideringen av krav- och kvalitetsböckerna för vårdvalen inom primärvården så är jämlikhet och geografisk jämlikhet en återkommande fråga i den samlade, långsiktiga, strategin för hälso- och sjukvårdens omställning, vilken bereddes av hälso- och sjukvårdsstyrelsen och som nu aktivt arbetar med handlingsplanen för omställningsarbetet. Styrelsen har också belyst och vidtagit åtgärder för regional jämlikhet i andra ärenden under året, exempelvis i svaret till revisorskollegiet om jämlik cancervård, kring utvecklingen av ordnat införande, kring utveckling av ett personcentrerat arbetssätt inom vården samt vid beslutet om en ny transportinfrastruktur för neonatalvården, menar första vice ordförande.

Förutom revideringen av krav- och kvalitetsboken berör inget av dessa exempel specifikt styrning av de områden vi granskat, men nedan följer en genomgång av beslut och uppföljning som mer eller mindre tangerar de områden som valts ut i denna granskning. Vi ser att hälso- och sjukvårdsstyrelsen framförallt fattar beslut om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Vi ser också att styrelsen ger uppdrag till regionens kunskapsorganisation i form av medicinska sektorsråd och liknande.

Förste vice ordföranden i hälso- och sjukvårdsstyrelsen säger att den främsta återrapporteringen avseende vården ur ett jämlikhetsperspektiv sker till hälso- och sjukvårdsstyrelsen i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Underlag inför och process med att revidera krav- och kvalitetsböckerna för vårdval vårdcentral och vårdval rehabilitering belyser också alltid frågan om jämlikhet också ur ett geografiskt perspektiv. Geografisk jämlikhet ventileras även i samband med de gemensamma presidieöverläggningarna mellan HSS och HSN, vilket numera är en återkommande rapportpunkt på hälso- och sjukvårdsstyrelsens möten.

Vi beskriver först beslut om riktlinjer och förutsättningar, sedan uppdrag till kunskapsorganisationen och sist uppföljningen.

Beslut om riktlinjer och förutsättningar

Beslut om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården omfattar beslut om kvalitetsindikatorer för specialistvården, medicinska riktlinjer, krav- och kvalitetsbok samt patientsäkerhetsplan/riktlinjer för patientsäkerhet.

Kvalitetsindikatorer

Varje år beslutar hälso- och sjukvårdsstyrelsen om en lista med vilka indikatorer som ska användas för att mäta kvalitet i regionen. Det är en särskild grupp med sakkunniga som också tar kontakter med andra experter som tittar på vilka indikatorer som är lämpliga att använda för att mäta kvaliteten, men också vilka mål som ska gälla för varje indikator. Målen bestämmer vad som är en tillräcklig nivå för att kvaliteten ska anses vara god. De som bereder frågan inom koncernkontoret sammanställer sedan detta till ett beslutsunderlag som går upp för beslut i hälso- och sjukvårdsstyrelsen. De vi intervjuat säger att ärendet sällan ger upphov till några synpunkter eller funderingar kring indikatorerna och målen när det behandlas på styrelsen.

Medicinska riktlinjer

Hälso- och sjukvårdsdirektören fattar beslut om medicinska riktlinjer på delegation av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Besluten rapporteras sedan som delegationsbeslut i styrelsens handlingar.

Ett antal medicinska riktlinjer har beslutats inom strokeområdet. De tas fram och revideras på initiativ av det regionala strokerådet och utgår från nationella riktlinjer. Ett exempel på regionala medicinska riktlinjer som tagits fram är ”Trombolys och trombektomi vid ischemisk stroke” som beslutades av hälso- och sjukvårdsdirektören i april 2016[20] och redovisades i hälso- och sjukvårdsstyrelsen som ett delegationsbeslut under samma månad. Regionala strokerådet arbetar också med de nya nationella riktlinjerna för vård vid stroke. En ansökan lämnas in hösten 2018 och om den beviljas kommer ordnat införande ske under 2019-2020.

Beslut om regionala medicinska riktlinjer de senaste åren omfattar även läkemedelsgenomgångar och Astma för barn vilka beslutades under 2016. En revidering

[20] Andra exempel är Kriterier för strokeenhetsvård, Skyndsam karotiskirurgi vis symptomgivande karotisstenos, Akut utredning och behandling på sjukhus vid misstänkt TIA och Hemikraniektomi vid malign mediainfarkt.

pågår gällande Astma för vuxna. Riktlinjerna avseende Astma berör rökningsindikatorn då rökavvänjning är en del av behandlingen.

Krav- och kvalitetsbok

Processen med att revidera krav- och kvalitetsboken samordnas av enhet primärvård inom koncernkontoret. Det finns en styrgrupp som består av ledamöter i hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Ordförande i styrelsen är också ordförande i styrgruppen. Samtliga partier är representerade i styrgruppen. En utvärdering görs utifrån tidigare krav- och kvalitetsbok och träffar hålls med representanter för vårdgivarna. Tjänstepersonerna på enhet primärvård gör en genomgång av vad de tycker skulle vara viktigt att arbeta med inför revideringen och inhämtar synpunkter från styrgruppen. Sedan är i stort sett hela koncernkontoret involverade i revideringen av krav- och kvalitetsboken ur olika aspekter. Målet är att hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska kunna fatta beslut i april månad för vidare beslut i fullmäktige.

Av krav- och kvalitetsboken för både 2016, 2017 och 2018 framgår bland annat att fördjupad läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt medicinska riktlinjer för patienter som är 75 år eller äldre. Ändrad ersättning för läkemedelsgenomgångar är en av de åtgärder som vidtagits när krav- och kvalitetsboken har reviderats. Det var i juni 2015 som styrelsen tog beslut om revidering av krav- och kvalitetsboken för 2016. Det framgår inte något om läkemedelsgenomgångar i beskrivningen av ärendet, men uppenbarligen höjer styrelsen ersättningen då det senare rapporteras i hälso- och sjukvårdsstyrelsens delårsrapport augusti samma år. Detta noteras även i styrelsens årsredovisning 2015 liksom att man från 2015 ökat ersättningen för hembesök, och från 2016 infört indikatorn för utförd samordnad individuell plan (SIP). Åtgärderna förväntas tillsammans öka andelen fördjupade läkemedelsgenomgångar hos äldre. I delårsrapport augusti 2016 görs en liknande rapportering.

Vid en jämförelse mellan krav- och kvalitetsboken för 2016 och 2017 ser vi att antalet poäng som kvalitetsindikatorn individuellt ger och i förlängningen storleken på ersättningen nu sjunkit. Den kvarstår sedan oförändrad för 2018.

Företrädare för enhet primärvård säger att de väljer kvalitetsindikatorer utifrån vad de tycker är viktigt att vårdgivarna har koll på och att de säkerställer det själva för egen del. Totalt sett är den målrelaterade ersättningen en relativt liten summa om man jämför med helheten. När det gäller läkemedelsgenomgångar så är den med för att det är så viktigt att man undviker att kombinera olämpliga läkemedel. Det är en indikator som varit med länge och varit högt värderad. Spannet inom vilket ersättning ges anpassas till populationen. Alla i populationen äldre har inte läkemedel och därför sätts en gräns utifrån vad som är rimligt i förhållande till populationen och inte exempelvis 100 procent, menar företrädaren för enhet primärvård. Det är avdelningen Data och analys inom koncernkontoret som tar fram sådana förslag.

Det är oklart varför poängen sänktes inför 2017. Den föregående höjningen är heller inget som särskilt noterats i östra hälso- och sjukvårdsnämnden eller av tjänstepersonerna som arbetar mot nämnden där problem finns med läkemedelsgenomgångar för Närhälsans vårdcentraler.

Den kvalitetsindikator som avser förskrivning av antibiotika har ingen målrelaterad ersättning, men utgör en kvalitetsindikator i krav- och kvalitetsboken. I beskrivningen av indikatorn har det under flera år i krav- och kvalitetsboken stått att ”behovet att minska totalförskrivningen av antibiotika lyfts fram nationellt”. Andra mer specifika antibiotikaindikatorer finns dock som genererar sådan ersättning.

I krav- och kvalitetsboken har det under flera år funnits krav på att delta i så kallat STRAMA-arbete, vilket syftar till att minska onödig antibiotikaförskrivning. Exempelvis utse kontaktläkare och ha kunskap om behandlingsriktlinjer med mera. Återrapporteringen ska ske årligen i form av en särskild självdeklaration för att få ersättning. Dessa krav revideras genom att ansvariga enheter inom koncernkontoret, i det här fallet STRAMA, vid varje revidering får de texter som berör dem för påseende. De får möjlighet att lämna förslag till förändringar.

Av krav- och kvalitetsboken har det också under flera år framgått krav på att systematiskt arbeta med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, som bland annat innefattar insatser mot tobak. I krav- och kvalitetsboken för 2017 slås rökningsindikatorerna ihop i ett paket för ersättning kring hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom. Rökningsuppgift avseende astma kvarstår dock, vilket den gör även för 2018. Den som samordnar processen med revideringen av krav- och kvalitetsboken säger att kvalitetsindikatorn finns för att rökning är en viktig parameter och vårdcentralerna ska erbjuda rökavvänjning för patienter med Astma/KOL. Gränsen för ersättning är hög och det är därför att det är en viktig fråga och då ska det vara nära full registrering för att få full ersättning.

Patientsäkerhetsplan och riktlinjer för patientsäkerhet

I februari 2015 tar styrelsen beslut om VGR:s patientsäkerhetsplan för 2015. Planen beskriver strategiområden, arbetsmetoder och insatsområden för patientsäkerhet. Inriktning och ansvarsfördelning definieras och mål formuleras. Målen ska brytas ned till enskild förvaltning. Planen berör antibiotikaförskrivning som ett särskilt område. Inriktning, ansvarsfördelning och mål är tydligt riktade till primärvården gällande antibiotika.

Ansvarsfördelningen för arbetet innebär att Regionala Strama har ett övergripande ansvar för att leda, samordna och stötta det strama-arbete som bedrivs i regionen. Regionala Strama ansvarar för att analysera och övervaka antibiotikaresistensläget, förskrivning och följsamheten till behandlingsriktlinjerna på övergripande nivå. För strama-arbetet inom primärvården ansvarar Regionala Strama för att föra ut kunskap om nya behandlingsriktlinjer och analysera följsamheten till dessa i samarbete med kontaktläkare. Dessa ska i sin tur sprida kunskap och uppmärksamma kollegor och chefer om det lokala förskrivarmönstret och följsamheten till riktlinjerna. En förutsättning beskrivs som att tillräcklig tid avsätts för kontaktläkaruppdraget.

De mål i planen som berör primärvården och antibiotikaförskrivning är att varje vårdcentral ska ha en kontaktläkare till Regionala Strama samt årligen genomföra samt rapportera strama-arbete utifrån Regionala Stramas riktlinjer och anvisningar i Krav och kvalitetsboken.

I december 2015 beslutar styrelsen om patientsäkerhetsplan för 2016. Den innehåller samma delar som tidigare år. I november 2016 tar också hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om en

långsiktig finansiering av patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsenheten som arbetar med bland annat STRAMA får långsiktig finansiering via styrelsen.

I detaljbudgeten för 2017 framgår att styrning sker genom patientsäkerhetsplan och ett nytt dokument ”Riktlinjer för patientsäkerhet 2017”. I riktlinjerna som beslutades av hälso- och sjukvårdsstyrelsen i september 2016 återkommer i stort samma krav angående antibiotika som i patientsäkerhetsplanerna tidigare och i krav- och kvalitetsboken. Patientsäkerhetsplanerna för 2017 och 2018 har kortats och beskriver målsättningar, medan ansvarsfördelning och mer detaljerad styrning flyttats över till riktlinjerna.

Uppdrag till kunskapsorganisationen

Flertalet av de regionala utvecklingsinitiativ som drivits inom strokeområdet i VGR utgår från det regionala strokerådet. Strokerådet har funnits i regionen sedan 2003 och har över tiden haft olika uppdrag. Strokerådet består av medlemmar från de olika professioner som ingår i behandlingen av strokepatienter. Det finns representanter från slutenvård, primärvård och kommuner. Grunduppdraget handlar om att verka för fortsatt god vård inom strokeområdet. De enskilda uppdragen kan komma från olika aktörer inom regionen. Dels från koncernkontoret och dels via program- och prioriteringsrådet som ingår i VGR: s kunskapsorganisation. De vi intervjuat som företräder strokerådet har svårt att se att deras arbete är relaterad till någon specifik nämnd inom VGR: s organisation.

Strokerådet driver ett löpande förbättringsarbete dels genom att kontinuerligt stimulera lokalt arbete på VGR:s strokeenheter, dels med konferenser tre gånger om året för VGR: s personal och ledning och numera även kommuner. Utgångspunkten är regionens verksamhetsanalys, resultaten i strokeområdets nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser. På konferenserna redovisas dessa, liksom de lokala förbättringsarbetena samt nya kunskaper inom området vård vid stroke.

Ett antal så kallade genombrottsprogram har också drivits som omfattar både den akuta strokevården, men också den fortsatta vårdkedjan efter att patienten lämnar slutenvården. Som tidigare nämnt arbetar också strokerådet fram regionala medicinska riktlinjer, föreslår lämpliga kvalitetsindikatorer samt medverkar i verksamhetsanalysen och fördjupningsanalyser avseende strokeområdet. Rådet driver också en lokal modul för kvalitetsregister som ska komplettera det nationella kvalitetsregistret med lokal uppföljning för lokal kvalitetsutveckling. En viktig del i arbetet handlar också om arbete med de nationella riktlinjerna och skapa förutsättningar för genomförande på regional nivå. Rådet gör också triangelrevisioner där olika strokeenheter granskar varandra i syfte att uppnå kvalitetsförbättringar. Det är dessa revisioner som beskrivits tidigare i avsnittet om NU-sjukvården. Företrädare för strokerådet säger att de efterlyser en bättre samordning mellan regionstyrelsens controllingfunktion och deras egen revision. Det skulle kunna ge en mer komplett bild och innebära att onödigt dubbelarbete undviks för både verksamheten som granskas och de som granskar, menar de.

Ett särskilt uppdrag med regionalt patientprocessarbete förbättra vården och rehabilitering av stroke och TIA-patienter med fokus på patientnytta och vård på lika villkor i hela regionen beslutades i maj 2015 av hälso- och sjukvårdsdirektören. I uppdragshandlingen beskrivs att

det finns betydande förbättringsområden inom alla delar av vårdkedjan. Med utgångspunkt i denna granskning är det särskilt intressant att i problembeskrivningen anges att inom slutenvården finns enheter som bara kan erbjuda propplösande behandling (trombolys/reperfusion) till sju procent av de strokedrabbade i sitt upptagningsområde jämfört med 16 procent för den bästa enheten. Det ska också ställas i relation till målet om femton procent. Fler exempel ges på andra brister och det konstateras att det finns dåliga resultat och oönskad variation för ett flertal variabler inom slutenvården. Mycket av uppdragshandlingen beskriver också brister i den fortsatta vårdkedjan från sjukhus till primärvård och kommunerna.

Syftet med projektet är att skapa en tydlig gemensam inriktning för strokevården i regionen med målet att förbättra inom en rad olika områden som bland annat förbättrad akutbehandling av stroke vilket innefattar propplösande behandling, mekanisk propputdragning och neurokirurgi. Vidare anges också kvalitetssäkrad teambaserad strokeenhetsvård från första insjuknandedagen som en prioriterad insats. Det ska sägas att detta enbart är enstaka av flera olika förbättringsområden som gäller strokevårdskedjan och såväl förebyggande behandling och rehabilitering, men även forskning beskrivs som angelägen.

I VGR finns det ett dokument som beskriver processen för att ta fram en patientprocess. Det innefattar exempelvis organisation, beslutsordning och uppföljning (bland annat till hälso- och sjukvårdsstyrelsen). Det är dock ett dokument som företrädarna för strokerådet inte ser som levande för deras del. De menar vidare att de inte förfogat över något särskilt processtöd från VGR, men arbetat kontinuerligt med patientprocessen både före och efter uppdraget.

Strokerådets utvecklingsarbete avspeglar sig i hälso- och sjukvårdsstyrelsens agenda främst genom beslut om kvalitetsindikatorer och regionala medicinska riktlinjer.

Ett annat projekt som berör strokeområdet är projektet Jämlik strokevård. Det är avdelning Systemutveckling och strategi, inom koncernkontoret (där enheten kunskapscentrum för jämlik vård ingår) som ansvarar för projektet. Målet med projektet är ökad kompetens hos personal, patient/vårdtagare och närstående genom utbildning och så kallade genombrottsprogram. Vidare anges tydlig och strukturerad modell för utskrivning där personer med stroke och behov av stöd, vård och rehabilitering ska mötas av kompetens och delaktighet som bygger på samarbete mellan vårdgivare. Både projektets problemformulering och dess inriktning handlar huvudsakligen om vården efter den akuta fasen där såväl sjukhus som primärvård och kommun har ett ansvar. Projektet har också ett tydligt jämlikhetsfokus som omfattar såväl geografiska skillnader som andra skillnader mellan grupper, men frågorna om geografiska skillnader när det gäller direktinläggning på strokeenhet och propplösande behandling ligger utanför projektets inriktning.

Projektets utveckling, fortsatta inriktning och i något fall problem har redovisats mycket kortfattat i delårsrapporter och årsredovisningar för både hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen under 2015 och 2016. Tjänstepersoner som företräder kunskapscentrum för jämlik vård beskriver efterfrågan på kunskapscentrets insatser och rapportering som låg från både regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Under hösten 2016 gavs även ett uppdrag till alla regionala medicinska sektorsråd att föreslå 2-3 kvalitetsindikatorer inom det egna området som man vill fokusera på att förbättra under återstående delen av 2016 och 2017. Det framgår bland annat av hälso- och sjukvårdsstyrelsens delårsrapport mars 2017. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen tog i februari 2017 beslut om att avsätta 10 mnkr för att stödja sektorsrådens kvalitetsarbete under året. Hälso- och sjukvårdsdirektören ska fördela medlen och återrapportera resultatet under våren 2018.

Strokerådet ansökte om medel för att utveckla ett lokalt kvalitetsregister för stroke. Frågan om ett lokalt kvalitetsregister är inte avgjord ännu, men strokerådet fick en tillfällig finansiering för att upprätthålla nuvarande registerlösning tills vidare beslut fattas. Sektorsrådet i ortopedi föreslog väntetider till operation av höftfrakturer som ett område som de vill fokusera på att förbättra under hösten 2016 och under 2017. Koncernkontoret gjorde också bedömningen att det var ett angeläget område med viss variation inom regionen som behöver minskas.

Uppföljning av kvalitetsutvecklingen

Vi har sett att hälso- och sjukvårdsstyrelsen följer kvalitetsutvecklingen på en generell nivå utifrån fullmäktiges mål/fokusområde för den medicinska kvaliteten i delårsrapporter och årsredovisningar. Det är flera olika tjänstpersoner inom koncernkontoret som skriver dessa texter till delårsrapporterna och årsredovisningarna. För de som skriver texterna i denna rapportering är det oklart vad som egentligen är skillnaden på rapporteringen i hälso- och sjukvårdsstyrelsens respektive regionstyrelsens delårsrapporter/årsredovisningar. Tjänstepersonerna menar att texterna blir lika och att det kan bero på att ansvaret mellan regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte är tydligt. När vi granskat årsredovisningar och delårsrapporter för både hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen ser vi att de ofta är väldigt lika texter. Av rapporteringen, och även i övrigt beslutsfattande framkommer generella utvecklingsåtgärder för att förbättra kvaliteten på vården (se avsnitt 6.2 där detta behandlas kortfattat). Detta är dock svårt att specifikt koppla till problem med en ojämlik vård som vi lyft fram i denna rapport.

Kvalitetsbrister inom strokevården och när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer uppmärksammas under 2016 på samma sätt som i regionstyrelsens rapportering som beskrevs tidigare i denna rapport. Det gäller även antibiotikaförskrivningen där måluppfyllelsen följs upp och kommenteras.

Även läkemedelsgenomgångar rapporteras i årsredovisning och delårsrapporter. I årsredovisningen för 2015 konstateras avseende fördjupad läkemedelsgenomgång i primärvården att utfallet ligger på 46,8 procent och därmed är målet på 65 procent inte uppnått. Utfallet anges varit väsentligen konstant senaste året. För att öka andelen fördjupade läkemedelsgenomgångar har man inför 2016 ökat den målrelaterade ersättningen, vilket vi beskrivit tidigare. I delårsrapport augusti 2015 görs en liknande rapportering.

I delårsrapport mars 2016 konstateras att förskrivning i primärvården av olämpliga läkemedel till äldre har de senaste 15 månaderna minskat med drygt 5 procent, och för fördjupade läkemedelsgenomgångar ses en svagt ökande trend även om det fortfarande är långt kvar till utsatt målnivå. Resultaten pekar således, enligt styrelsen, mot en säkrare läkemedelshantering.

I delårsrapport augusti 2016 beskrivs återigen ersättningen utifrån krav- och kvalitetsboken för att åstadkomma ett bättre resultat. Samma redovisning sker i årsredovisningen för 2016. Någon redovisning av resultat när det gäller läkemedelsgenomgångar sker inte under 2017 i delårsrapporterna.

Styrelsen rapporterar i sin delårsrapport för mars 2015 att i takt med att nya regionala medicinska riktlinjer för levnadsvanor tas fram blir vårdcentralernas ansvar tydligare. Under 2015 kommer vårdcentralers användning och uppföljning av FaR (fysisk aktivitet på recept) och Audit (samtal om alkoholvanor) kunna följas. Vårdcentralerna ska under året, och senast 1 januari 2016 säkerställa att de har tillgång till personal med diplomerad tobaksutbildning. I delårsrapport augusti 2015 rapporteras i stort sett samma sak. Någon redovisning som potentiellt berör rökningsindikatorerna sker inte efter det.

Verksamhetsanalys

Regionens verksamhetsanalys har under 2016 och 2017 varit informationsärende på styrelsens möten. Tjänstepersonerna som arbetar för hälso- och sjukvårdsnämnden säger att styrelsen får en ganska fördjupad bild. Tidigare var det större genomgångar av verksamhetsanalysen och påföljande beslut på hälso- och sjukvårdsutskottet. Den planering som gjordes nyligen inför presentationen av verksamhetsanalysen under hösten 2017 syftade till att ge information för att styrelsen skulle få en bra bild om hur det ser ut i VGR. Utifrån den bilden återstår det att se var eventuella beslut ska tas, enligt tjänstepersonerna. Om det är på hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller på regionstyrelsen. Möjligen är det i hälso- och sjukvårdsstyrelsen om man ser något på systemnivå, menar de.

Intern kontroll

I hälso- och sjukvårdsstyrelsens delårsrapport för augusti 2017 följs internkontrollplanen upp. Ett kontrollmoment är: Följs följsamheten/efterlevnaden av beslutade medicinska riktlinjer upp? Följs förändrade resultat till följd av medicinska riktlinjer upp? Där konstateras att bland annat strokerådet följer upp regionala medicinska riktlinjer. Dessutom följs vissa regionala medicinska riktlinjer upp i verksamhetsanalysen. Det står också att framtagande av förslag till en förbättrad och mer systematisk uppföljning av regionala medicinska riktlinjer ingår i uppdraget att utveckla ett lärande system och en struktur för kunskapsstyrning. Det konstateras vidare att Strokerådet årligen följer upp implementering av regionala medicinska riktlinjer och bland annat triangelrevisionerna omnämns särskilt. Som exempel anges de medicinska riktlinjer som berört reperfusion vid stroke, det vill säga trombolys och trombektomi[21] och att införandet varit mycket framgångsrikt. Det rapporteras också att strokerådet tagit fram en modell för kvalitetsutveckling med hjälp av triangelrevision där uppföljning av medicinska riktlinjer ingår. Det rapporteras också att revisionsrapporterna har redovisats i verksamhets- och sjukhusledningar och har varit pådrivande för kvalitetsförbättringar.

[21] Reperfusionsbehandling inkluderar både trombektomi och trombolys. Trombektomi är ett sätt att dra ut blodproppar i hjärnan där man går in med en kateter i ljumsken och styr den till hjärnan och drar ut proppen mekaniskt. Behandlingen utförs endast vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i VGR och därför skickas patienterna dit. Vid trombolys ges istället ett läkemedel som löser upp proppen och behandlingen sker på flera ställen i VGR.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har fattat beslut om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården som berör de områden vi granskat i denna rapport. Det omfattar beslut om kvalitetsindikatorer för specialistvården, medicinska riktlinjer, krav- och kvalitetsbok samt patientsäkerhetsplan/riktlinjer för patientsäkerhet. Vi konstaterar att uppföljning skett i framförallt delårsrapporter och årsredovisning.

Bedömning

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens ansvar handlar om att besluta eller ta fram förslag på riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade vården. Det innebär att formulera riktlinjer för hur vården ska bedrivas eller kvalitetsnivåer som ska uppnås. Att säkerställa att en sådan styrning är ändamålsenlig innebär rimligen att följa upp om riktlinjerna och förutsättningarna fungerar väl. I VGR: s ledningssystem finns en sådan uppgift som beskrivs som om resultatet av riskanalys och egenkontroll visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska processerna och rutinerna förbättras. Vi kan se att en uppföljning sker inom ramen för revideringen av krav- och kvalitetsboken och beslut om kvalitetsindikatorer samt patientsäkerhetsplan/riktlinjer. Vi kan också se att uppdragen till kunskapsorganisationen innefattar en sådan aspekt som är kopplade till bland annat medicinska riktlinjer.

Det vi däremot inte ser är att styrelsen i tillräcklig utsträckning och på ett systematiskt sätt har följt upp huruvida systemet som helhet är ändamålsenligt för att åstadkomma en jämlik vård. Vi kan inte se att hälso- och sjukvårdsstyrelsen i tillräcklig utsträckning har hanterat den frågan när det gäller de exempel vi lyfter fram och som lett till resultat. Det är helt uppenbart att i de fall vi granskat har systemet inte varit tillräckligt effektivt för att skapa en jämlik vård ur ett geografiskt perspektiv och bristerna har för styrelsen varit väl kända genom rapportering och funnits under en längre tid. En mer systematisk uppföljning som varit inriktad på en sådan bedömning hade kunnat ligga till grund för egna beslut avseende de områden vi granskat, eller förslag på beslut till fullmäktige, i ett tidigare skede.

Förslaget med omställningen av vården kan vara positivt på sikt, men utfallet av strategin ligger än så länge i framtiden. Flera av de förslag som handlingsplanen för omställningen av vården innefattar kan potentiellt sett bidra till en förbättring, men vi konstaterar samtidigt att det inte funnits något som hindrat styrelsen från att göra exempelvis en årlig uppföljning av kvalitetsresultat och påföljande åtgärdsplaner i ett tidigare skede under den granskade perioden. Det hade i ett tidigare skede kunnat ytterligare driva på förbättringar och komplettera andra initiativ inom strokeområdet eller väntetider till operation av höftfrakturer, liksom kunnat bidra till förbättringar inom områden som exempelvis läkemedelsgenomgångar eller ljumskbråcksoperationer om detta hade bedömts som väsentliga områden utifrån styrelsens ansvar och uppdrag.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte har följt upp sin verksamhet så att den fått tillräckligt med information avseende en jämlik vård som grund för att vidta eller föreslå åtgärder. Vi noterar att utvecklingsinsatser pågår och har beslutats för en bättre uppföljning.

7. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Den sammanfattande bedömningen utgår ifrån granskningens tre huvudfrågor som är desamma för samtliga nämnder och styrelser. Enskilda och mer specifika bedömningar finns tidigare i rapporten för respektive nämnd/styrelse. Här uppmärksammar vi generella brister. Sist i detta avsnitt följer rekommendationer.

1. Har nämnderna och styrelserna tillräcklig information för att identifiera ojämlik vård?

Vi ser att det i regel finns tillgänglig information om de brister som uppmärksammas i denna rapport. Vi kan dock se några problem med hur den informationen hanteras.

För det första finns det i vissa fall problem med att den inte rapporteras i tillräcklig utsträckning. Långvariga och uppenbara brister kommer inte till nämndens/styrelsens kännedom.

För det andra saknas systematik. I jämförelse med andra områden tycks frågor om kvalitet och jämlik vård vara mer otydliga kring vad som ska rapporteras, hur och när. Som exempel kontrasteras detta mot ekonomiområdet. Allt kan inte rapporteras alltid, men väsentliga aspekter bör täckas och oavsett det bör det finnas ett system för att hantera mindre angelägna frågor med någon form av uppföljning och återrapportering.

För det tredje är inte sällan informationen väldigt övergripande. Det borde vara möjligt att i högre utsträckning lyfta fram tydliga avvikelser och fördjupa informationen kring dessa, medan i andra fall där avvikelser inte finns hålla informationen kort och mer övergripande. Där avvikelser finns kan det också finnas behov av att komplettera detta med andra former av uppföljningsinformation, vilket är något vi återkommer till nedan under fråga 3.

För det fjärde är inte alltid uppföljningen samordnad och tydlig. Det bedrivs uppföljning, controlling och revision av flera olika aktörer och rapporteras till flera olika nämnder/styrelser. Det förefaller oklart om den samordnas på ett effektivt sätt för verksamheten och för att undvika dubbelarbete. Ett exempel är controllingen och den uppföljning och revision som kunskapsorganisationen genomför (exempelvis strokerådet).

- Vår bedömning är att det generellt finns tillgång till information för att identifiera ojämlik vård.
- Vår bedömning är dock att systematiken i rapporteringen och fokus kring avvikelser kan öka.
- Vår bedömning är också att det finns anledning att se över om olika former av uppföljning är samordnad på ett effektivt sätt.
- Vår bedömning är i några fall att rapportering inte sker i tillräcklig utsträckning.

2. Har nämnderna och styrelserna utformat styrning för att komma till rätta med ojämlik vård?

Vi ser ett genomgående drag hos samtliga nämnder/styrelser att det saknas en förmåga att omvärdera sin styrning och uppföljning. Om huvudstrategin hos utförarstyrelserna är att låta förvaltningen utforma åtgärder och återrapportera under en lång tidsperiod utan att det ger resultat så måste slutsatsen vara att det är något fel med styrningen. Att den uppenbarligen inte är effektiv. Om beställarnämndens huvudstrategi under lång tid är att följa upp och stöta på utförarstyrelsen utan att det ger resultat måste även här slutsatsen vara att det är något fel med styrningen. Om regionstyrelsens huvudstrategi under en lång tid är att påpeka brister exempelvis i controllingen utan att det ger resultat bör slutsatsen vara att det är något fel med styrningen. Om kvalitetsbrister kvarstått under en längre tid borde hälso- och sjukvårdsstyrelsen i sin uppföljning ha fångat upp att det är något fel med hälso- och sjukvårdssystemets utformning.

Att omvärdera styrningen är en uppgift för styrelser och nämnder som framgår av flera olika styrande dokument. I den nyligen antagna policyn för styrning som gäller i hela VGR framgår att nämnders och styrelsers styrning ska vara tillräcklig för att analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling. Av den vägledning för nämnders och styrelsers arbete som också beslutades nyligen av regionstyrelsen beskrivs en viktig uppgift som att analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling. Analysen ska ge förutsättningar för kommande planering och beslut om åtgärder. Vidare bör nämnden en gång per år utvärdera sitt eget arbete (interna arbetsformer och hur nämnden styr verksamheten). Även VGR: s ledningssystem för hälso- och sjukvården (liksom bakomliggande författningar och VGR: s ledningssystem för hela VGR: s verksamhet) beskriver motsvarande uppgifter som handlar om förbättrande åtgärder i verksamheten eller förbättring av processerna och rutinerna till följd av kvalitetsbrister.

Att omvärdera styrningen handlar om att nämnden eller styrelsen betraktar sig själv utifrån och drar slutsatser om nämndens/styrelsens styrning är ändamålsenlig. Om så inte är fallet finns det grovt sett två huvudkandidater som orsakar problemen. Antingen så genomförs inte styrningen så som det var tänkt. Då måste nämnden se till att det vidtas åtgärder i verksamheten så att styrningen verkligen genomförs. Eller så genomförs styrningen så som det var tänkt, men styrningen är inte tillräckligt väl utformad och leder därför inte till resultat. Då måste nämnden förbättra, utveckla eller förändra processerna, rutinerna eller sin styrning.

- Vår bedömning är att det finns brister på samtliga nivåer och bland samtliga nämnder/styrelser när det gäller att omvärdera styrningen som grund för beslut om åtgärder och fortsatt utveckling för att säkerställa en vård på lika villkor.

3. Har nämnderna och styrelserna säkerställt att styrningen genomförts?
Nämnden/styrelsen måste säkerställa att den styrning som utformats också genomförs. Det innefattar att nämnden följer upp sin verksamhet, dels med avseende på resultat men också vid behov verksamhetens processer för att åstadkomma förbättrade resultat. Genomförs exempelvis en handlingsplan på det sätt som var beslutat? Brister genomförandet kan vi inte förvänta oss några resultat.

Vi konstaterade tidigare att det generellt finns tillgång till information för att identifiera ojämlik vård. Det fanns samtidigt problem med hur den används. Vi konstaterade också att det finns brister på samtliga nivåer och bland samtliga nämnder/styrelser när det gäller att omvärdera styrningen som grund för åtgärder och fortsatt utveckling.

Vi ser generellt att det finns brister i hur nämnder/styrelser säkerställer att styrningen genomförs. Framförallt menar vi att nämnderna och styrelserna inte i tillräcklig utsträckning begär information om huruvida styrningen är effektiv som i sin tur just kan leda fram till en omvärdering av styrningen. Sådan information kan ge upphov till svar på frågor om varför styrningen i så fall inte är effektiv. Å den ena sidan kan det finnas problem med styrprocesser inom förvaltningen. Är exempelvis ledningssystemet väl utformat och ser sjukhusledningen till att det följs? Baserat på sådan information kan förvaltningen få tidsatta uppdrag som sedan återrapporteras. Å den andra sidan kan det finnas problem med verksamhetens förutsättningar för att uppnå en jämlik vård. I sådana fall kan det handla om faktorer som inte nämnden/styrelsen råder fullt ut över. Det är i så fall faktorer som nämnden/styrelsen ska kommunicera till fullmäktige om möjligheterna att hantera frågan på egen hand är uttömda.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen liksom i förlängningen regionstyrelsen utifrån uppsiktplikten har också en skyldighet att uppmärksamma sådana faktorer eftersom att de kan indikera att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet behöver förbättras och utvecklas.

- Vår bedömning är att nämnder/styrelser brister när det gäller att säkerställa att styrningen genomförs. I synnerhet behöver uppföljningsinformationen utvecklas och kompletteras med andra former av information och kommunikation som kan ligga till grund för eventuell omvärdering av styrningen för att säkerställa en vård på lika villkor.

Sammantaget är vår bedömning att nämnder och styrelser, såväl enskilt, som samlat i regionen, uppvisar brister utifrån kommunallagen, 6 kapitlet 7§, när det gäller att upprätta en ändamålsenlig styrning och uppföljning mot mål och beslut samt efterlevnaden av denna styrning. Bristerna består huvudsakligen i att uppföljningsinformationen behöver utvecklas och kompletteras med andra former av information som kan ligga till grund för omvärdering av styrningen när ojämlik vård och bristande resultat funnits under en längre tid.

Rekommendationer

Vi har tre rekommendationer på generell nivå. I rapportens avsnitt som berör respektive nämnd/styrelse framgår mer specifikt de konkreta bristerna och hur dessa generella rekommendationer kan tillämpas. Våra rekommendationer är:

1. Att nämnder och styrelser ser över att befintlig information om en jämlik vård används på ett ändamålsenligt sätt.
2. Att nämnder och styrelser vid behov ger förvaltningen i uppdrag att säkerställa och påvisa att styrningen är effektiv som en grund för att analysera verksamhetens resultat.
3. Att nämnder och styrelser mer aktivt omvärderar sin styrning med grund i sådana analyser (se rekommendation 2) när resultat uteblir och en ojämlik vård kvarstår.

Bilaga 1. Revisionsfrågor

Regionstyrelsen och samtliga utvalda områden och nämnder/styrelser:

1. Har styrelsen utifrån ett koncern- och helhetsperspektiv följt upp resultat- och kvalitetsutvecklingen avseende en jämlik vård?
2. Har styrelsen tagit initiativ till utveckling av hälso- och sjukvårdsverksamheterna avseende en jämlik vård?
3. Har styrelsen samordnat genomförandet av regler och inriktningsbeslut inom hälso- och sjukvården avseende en jämlik vård?
4. Har styrelsen säkerställt att denna styrning genomförs?

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och samtliga utvalda områden och nämnder/styrelser:

5. Har styrelsen följt upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställt att den får tillräcklig information avseende en jämlik vård?
6. Har styrelsen initierat och/eller beslutat om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för att uppnå en jämlik vård?
7. Har styrelsen säkerställt att denna styrning genomförs?

HSN Göteborg, Norra och Östra:

8. Har nämnden följt upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställt att den får tillräcklig information avseende en jämlik vård?
9. Har nämnden utformat beställningar och upphandling i syfte att säkerställa en jämlik vård?
10. Har nämnden säkerställt att dessa beställningar genomförts?

Styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt primärvårdsstyrelsen:

11. Har styrelsen följt upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställt att den får tillräcklig information avseende en jämlik vård?
12. Har styrelsen utformat styrning i syfte att säkerställa en jämlik vård?
13. Har styrelsen säkerställt att denna styrning genomförs?

Bilaga 2. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier ska ligga till grund för granskningens bedömningar:

- **Kommunallagen 6 kap. 7§.** Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

- **Kommunallagen 6 kap. 1§.** Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

- **Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kapitlet, 1§.** Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

- **Regionstyrelsens reglemente:**
  - **A. 7§.** Regionstyrelsen ska utifrån ett koncern- och helhetsperspektiv följa upp resultat-, kvalitets- och produktivitetsutvecklingen i VGR: s verksamheter och ta initiativ till utveckling av verksamheter i egen regi.
  - **B. 10§ d.** utveckla, upprätthålla och samordna genomförande av VGR: s regler och inriktningsbeslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.

- **Hälso- och sjukvårdsstyrelsens reglemente:**
  - **A. 3 §** Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är systemägare för Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdssystem. Systemägarskapet innebär att
    a) verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen i Västra Götaland
    b) verka för att invånarnas behov av hälso- och sjukvård och möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela Västra Götaland
  - **A. 4§.** Hälso- och sjukvårdsstyrelsen initierar eller beslutar om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Styrelsen ska samråda och samordna hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen svarar, inom sitt ansvarsområde, för att de av fullmäktige fastställda målen och planerna för verksamheten och ekonomin efterlevs och att VGR: s löpande förvaltning handhas rationellt och ekonomiskt.

  B. 1§. Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

- **Hälso- och sjukvårdsnämndernas reglemente:**
  - **A. 2§.** En hälso- och sjukvårdsnämnd ska inom det geografiska området som regionfullmäktige bestämmer verka för en god hälsa och vård på lika villkor för invånarna genom beställning och upphandling av hälso- och sjukvård samt tandvård med utgångspunkt från befolkningens behov.
  - **B. 1§.** Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

- **Reglemente för styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset:**
  - **A. 2§.** Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.
  - **B. 1§.** Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

- **Reglemente för Primärvårdsstyrelsen:**
  - **A. 2§.** Styrelsen ska bedriva VGR: s primärvård som faller under lagen om valfrihet (LOV). Styrelsen ska bedriva vård enligt krav och kvalitetsbok inom respektive område.
  - **B. 1§.** Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Bilaga 3. Intervjupersoner

Tjänstepersoner

Utvecklingschef, Närhälsan

Regionutvecklare (HSN N), Enhet Nämndsamordning, Koncernkontoret

Avdelningschef, Ärendesamordning och Kansli, Koncernkontoret

Utvecklingschef/Chefläkare, NU-sjukvården

Utvecklingsledare, NU-sjukvården

Ägardirektör, Koncernstab utförarstyrning och samordning, Koncernkontoret

Ledningsstöd 1, Koncernstab Hälso- och sjukvård, koncernkontoret

Ledningsstöd 2, Koncernstab Hälso- och sjukvård, koncernkontoret

Enhetschef, Kunskapscentrum för jämlik vård, Koncernkontoret

Regionutvecklare (HSN Ö), Enhet Nämndsamordning, Koncernkontoret

Regionutvecklare (HSN G), Enhet Nämndsamordning, Koncernkontoret

Ledningsstöd, Koncernavdelning Data & Analys, koncernkontoret

Ordförande, Strokerådet

Kvalitetsansvarig, Strokerådet

Enhetschef, Enhet primärvård, Koncernkontoret

Regionutvecklare, Enhet primärvård, Koncernkontoret

Regionutvecklare 1, Enhet specialistvård, Koncernkontoret

Regionutvecklare 2, Enhet specialistvård, Koncernkontoret

Områdeschef, Sahlgrenska universitetssjukhus

Förtroendevalda

Ordförande HSN Ö

1:e vice ordförande HSN Ö

2:e vice ordförande HSN Ö

Ordförande HSN N

1:e vice ordförande HSN N

2:e vice ordförande HSN N

Ordförande HSN G

1:e vice ordförande HSN G

Ordförande NU-sjukvården

Vice ordförande NU-sjukvården

Regionstyrelsen ordförande (skriftliga frågor)

Regionstyrelsens vice ordförande (skriftliga frågor)

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens 1e vice ordförande (skriftliga frågor)

Ordförande, primärvårdsstyrelsen (skriftliga frågor)