

# **Kvalitetsaspekten vid prioritering och resursfördelning**

## Kvalitetsaspekten vid prioritering och resursfördelning

### Sammanfattning

Revisorerna konstaterar utifrån granskningens resultat att begreppet kvalitet ingår som en viktig del i landstingets planeringsförutsättningar för perioden 2008-2011. Kvalitet är också ett centralt begrepp i divisionernas verksamhetsplaner.

I de båda delårsrapporter från 2008 redovisas måluppfyllelse avseende kvalitet, utifrån landstingets balanserade styrkort. Kvalitetsarbetet mäts i de så kallade framgångsfaktorerna ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård” i medborgarperspektivet, samt ”systematisk kvalitetsuppföljning” i utvecklingsperspektivet. I delårsrapport 2 är redovisningen av styrkortet i vissa delar förändrad, och den utförliga beskrivning från varje division av arbetet med att uppfylla styrkortets mål, som finns i delårsrapport 1, finns inte med.

Det bör inte göras förändringar av definitioner och innehåll i styrkortsredovisningen under löpande verksamhetsår. Det skapar sämre möjligheter för landstingsstyrelsen att göra uppföljning och utvärdering.

Det kan konstateras att vissa av styrkortets framgångsfaktorer behöver utvecklas. Ett exempel på brister i styrkortet är att division allmänmedicin inte under året kunnat redovisa sitt kvalitetsarbete på ett sätt som uppfyller kriterierna inom aktuella framgångsfaktorer i styrkortet. Styrkortet behöver även utvecklas för att ge landstingsstyrelsen ett mer komplett underlag för att bedöma om kvalitetsarbetet i landstingets verksamheter sker i enlighet med fullmäktiges intentioner.

I rapporten konstateras också att de medicinska utvecklingsområden, som beskrivs i landstingplanen, inte redovisas i divisionernas verksamhetsplaner eller i delårsrapporterna. Det bör utvecklas rutiner för att följa upp utvecklingen i de områden som lyfts fram i landstingplanen.

### Inledning

Landstingets revisorer har att genomföra årlig granskning av landstingets samtliga verksamheter. Som ett led i detta har revisorerna beslutat att låta genomföra en granskning av hur landstinget beaktar kvalitetsfrågorna i samband med prioritering och resursfördelning.

Landstingets revisorer har i sitt dokument ”Risk & Väsentlighet” poängterat vikten av att landstinget bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete och att kvalitetsfrågorna beaktas även i arbetet med prioriteringar och resursfördelning.

Revisorerna menar att det är angeläget att landstinget tillser att verksamhetens utveckling sker utifrån medvetna politiska val och prioriteringar av vilken verksamhet som skall bedrivas. Valen skall ske med utgångspunkt från relevant medicinsk och odontologisk kunskap, ett helhetsperspektiv avseende landstingets vårdutbud samt landstingets ekonomiska och personella resurser.

## **Bakgrund**

Landstingets verksamhet inom hälso- och sjukvården samt tandvården legitimeras genom att ha hög kvalitet. För att uppnå och bibehålla en hög kvalitet är det viktigt att verksamheterna är uppdaterade avseende aktuell medicinsk och odontologisk kunskap och praxis. Utveckling av vård och behandling ska ske utifrån evidensbaserad kunskap. Detta kan till exempel ske genom att ta tillvara rapporter från statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och rapporter från olika specialistföreningar inom vården. Medverkan i nationella kvalitetsregister är ytterligare ett sätt att utveckla den egna verksamhetens kvalitet.

## **Syfte, revisionsfråga och avgränsning**

Granskningen utgår från uppdraget att:

- Redovisa landstingets övergripande ställningstagande i kvalitetsfrågor.
- Beskriva landstingsstyrelsens strategi för kvalitetsarbetet.
- Bedöma hur kvalitetsaspekter beaktas i arbetet med prioriteringar och resursfördelning
- Kartlägga hur kvalitetsarbetet bedrivs utifrån det balanserade styrkortet.
- Bedöma om kvalitetsarbetet sker i enlighet med fullmäktiges beslut.

Granskningsuppdraget avgränsas till att omfatta arbetet med landstingsplan och budget inför år 2008. Granskningen omfattar kvalitetsarbete och uppföljning inom landstingets hälso- och sjukvård samt tandvård under 2008.

## **Revisionskriterier**

Beslut fattade i fullmäktige samt i landstingsstyrelsen avseende landstingsplanen. Landstingsstyrelsen med dess folkhälso- och tandvårdsutskott har det yttersta ansvaret för kvalitetsarbetet i landstingets verksamheter.

## **Granskningsansvarig**

Granskningsansvariga är Johan Magnusson, CKR och Anders Marmon, CKR, vid landstingets revisionskontor.

## **Metod**

Granskningen har bestått av en genomgång dels av den landstingsplan som gäller för hela landstinget, och dels av de verksamhetsplaner som varje division/motsvarande, har tagit fram inför år 2008. Granskningen har också bestått av beslutsunderlag och övrigt relevant material såsom landstingets uppföljningsinstrument, det balanserade styrkortet (BSC). Kontakter har tagits i den omfattning som krävts för att uppfylla granskningens syften.

## Resultat

### *Landstingsplan*

Landstingsplanen är det övergripande dokumentet för all planering i landstinget. Landstingsplanen anger färdriktning och redovisar vad som skall uppnås under planperioden. Landstingsplanen för 2008 - 2011, som togs av fullmäktige i november 2007, är styrande för divisionernas planering och verksamhet för 2008.

Landstingsplanen innehåller följande delar/bilagor:

- Budget 2008, flerårsplan 2009–2011
- Medicinska utvecklingsområden
- Investeringsram 2008–2011
- Preliminär beskrivning av divisionernas och övriga verksamheters uppdrag
- Landstingets övergripande styrkort
- Strategi för patientsäkerhet
- Planeringsförutsättningar

Vägledande i landstingets arbete med kvalitet i vården är Socialstyrelsens föreskrift "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter utgör bindande regler bland annat för sjukvårdshuvudmännens kvalitetsarbete.

Landstinget hänvisar i flera styrdokument till ovan nämnda föreskrift. I landstingsplanens bilagor "Strategi för patientsäkerhet" samt "Planeringsförutsättningar" är de begrepp och definitioner, som anges i föreskriften och i hälso- och sjukvårdslagen (2 §) samt i tandvårdslagen (3 §) viktiga utgångspunkter.

I föreskriftens 2 kapitel 1 § anges: "...att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården respektive tandvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras". Vidare "...skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet". Det finns också en hänvisning till de grundläggande bestämmelser avseende patientsäkerhet och kvalitet i vården, som anges i hälso- och sjukvårdslagen (2 §) och i tandvårdslagen (3 §).

I landstingsplanen finns ett kapitel med rubriken "Medicinska resultat och tillgänglighet". I kapitlet hänvisas till det arbete som initierats av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen och som redovisas i rapporten "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet". I landstingsplanens text slås fast att "...medborgare och patienter har rätt att veta vad vården åstadkommer och hur det egna landstinget står sig i förhållande till andra".

I landstingsplanens inledning anges planperiodens viktigaste arbetsområden under rubriken "Prioriterade åtgärdsområden". De angivna områdena har beaktats under budgetarbetet. Här anges patientsäkerhet som ett av de prioriterade områdena.

Fullmäktige anger också i landstingsplanen de ”medicinska utvecklingsområden” som ska prioriteras under planperioden 2008 – 2011. Utvecklingsområdena beskrivs per division och specialitet med bedömning och nyttobeskrivning. Flest utvecklingsområden återfinns inom division medicin.

I landstingsplanen ingår det balanserade styrkortet – med de fem perspektiven – som en väsentlig del av såväl verksamhetsplanering som uppföljning.

### *Verksamhetsplaner*

Divisionernas uppdrag beskrivs i den övergripande landstingsplanen i huvudsak utifrån produktionsmål i form av antal läkarbesök, vårdtillfällen med mera. Begreppet kvalitet är inte i fokus i divisionernas uppdragsbeskrivning.

De verksamhetsplaner som divisionerna utarbetat – med utgångspunkt från landstingsplanen – innehåller däremot beskrivningar av olika kvalitetsaspekter, vilka skall vara vägledande i respektive divisions verksamhet. Landstingsplanens formuleringar kring kvalitetsarbete är styrande – på ett övergripande plan – för divisionernas kvalitetsarbete. Divisionerna har dessutom fogat in verksamhetsspecifika kvalitetsperspektiv i sina respektive verksamhetsplaner.

Det framgår inte tydligt hur de ovan nämnda medicinska utvecklingsområdena ingår i berörda divisioners verksamhetsplaner. Det framgår inte heller om speciella budgetmedel avsätts i divisionen för dessa områden, eller hur uppföljning ska ske. I den redovisning som varje division gör i delårsrapporterna finns inte heller någon beskrivning av utvecklingen inom de medicinska utvecklingsområdena.

I divisionernas verksamhetsplaner förekommer också i några fall hänvisningar till Socialstyrelsens föreskrifter.

Kvalitetsbegreppet ingår också i den verksamhetsidé för Landstinget i Värmland, som ingår som en del av varje divisions verksamhetsplan, samt i de strategiska målen som beskrivs i det balanserade styrkortet. Systematisk kvalitetsuppföljning anges som en framgångsfaktor och registrering i för verksamheten tillämpligt nationellt kvalitetsregister anges också som ett nyckelmått.

Nyckeltalssamarbetet Nysam nämns inte i landstingsplanens huvuddokument. Nysam nämns dock i landstingsplanens bilaga 5 – ”Divisionernas uppdragsbeskrivningar” – i vilken brukarkontakter anges som ett nytt måltal för division HHR. Måltalet ska följas inom ramen för samarbetet i Nysam.

I landstingsplanen anges följande som mål under styrkortets medborgarperspektiv ”–alla divisioner och övriga verksamheter arbetar aktivt med den nationella patientsäkerhetsstrategin”. Under utvecklingsperspektivet anges som mål att ”–alla divisioner och övriga verksamheter arbetar systematiskt med avvikelshantering” samt att händelseanalyser ska genomföras av samtliga allvarliga patientskador.

I landstingsplanen anges vidare att det, som tillägg till de framgångsfaktorer och mått som ingår i landstingets styrkort, ska tas fram kompletterande nyckeltal avseende bland annat kvalitet och patientsäkerhet.

Granskningen visar att begreppet kvalitet används i divisionernas verksamhetsplaner, bland annat i planeringsförutsättningarna. Nyckelord som används är medicinsk kvalitet, patientsäkerhet och evidensbaserad kunskap och vård.

Nedan följer en genomgång av de olika divisionerna inom landstingets hälso- och sjukvård och folktandvården utifrån hur kvalitetsperspektivet beaktas vid utarbetandet av respektive divisions verksamhetsplan. Genomgången innehåller också en redovisning av hur divisionerna uppfyllt de för granskningen relevanta målen enligt styrkortsredovisning i delårsrapport 1 och 2 samt helårsrapport 2008. Helårsrapporten är en årssammanfattning, där en slutbedömning görs av måluppfyllelsen i styrkortsperspektiven.

### **Division Allmänmedicin**

I divisionens planeringsförutsättningar anges att bland annat att styrande dokument och rutiner för patientsäker vård skall identifieras och arbetas fram. Divisionen kommer att delta i den nationella patientsäkerhetsstrategin. I texten nämns också nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser som en naturlig del av verksamhetsuppföljningen. Man nämner vidare överenskommer avseende utredningsgångar, kommunikationsvägar och behandlingsrutiner baserade på evidensbaserad medicin.

Av divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 framgår att man ännu ej nått målet avseende framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning” men förväntas göra det innan året är slut. När det gäller ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård” anges målet som ej tillämpligt under perioden.

I styrkortsredovisningen i delårsrapport 2 anger divisionen att man uppnår målet avseende ”systematisk kvalitetsuppföljning”. När det gäller framgångsfaktorn ”säker förebyggande och hälsofrämjande vård” anger divisionen att man inte heller för tertial 2 redovisar graden av måluppfyllelse, enligt de kriterier som gäller för styrkortsredovisningen.

I helårsrapporten för 2008 redovisar divisionen att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Division Diagnostik**

Divisionen består av läsenheterna laboriemedicin och radiologi samt fyra verksamhetsområden, sammanlagt 53 arbetsplatser. Det är enligt divisionen viktigt att hålla samman enheterna för att kunna ge jämförbar och överförbar service med god kvalitet. I divisionens verksamhetsidé anges bland annat att divisionen ska ”bedriva verksamhet som kännetecknas av effektivitet, kvalitet och optimal tillgänglighet”.

I de strategiska målen inom medborgarperspektivet anger divisionen att man ska hitta mål och mått utifrån den nationella patientsäkerhetsstrategin 2008. Inom perspektivet utveckling ska samtliga enheter inom divisionen, under

2008, använda ”avvikelseberättelse-systemet” och en ”händelseanalys ska genomföras på samtliga allvarliga patientskador”. Alla länsenheter/verksamhetsområden ska ha fastställda och målsatta kvalitetsindikatorer med optimal medicinsk kvalitet.

Divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 2008, anger att framgångsfaktorn ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård” ej är uppfylld, men att den kommer att uppfyllas under året. Divisionen uppger att man når måluppfyllelsen vad gäller framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

I styrkortsredovisningen, som redovisas i delårsrapport 2, anger divisionen att man uppfyller såväl målet ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård” som målet ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

I helårsrapporten för 2008 redovisar divisionen att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Division HHR**

Divisionen lyfter fram som det mest centrala i sitt arbete, att fortsätta utvecklingen av vårdprogram som vilar på evidensbaserad grund. Divisionens patienter/brukare/klienter skall få insatser med hög kvalitet och god säkerhet.

Divisionen har också som ett av sina strategiska mål att arbeta aktivt med den nationella patientsäkerhetsstrategin. Ytterligare ett mål är att alla enheter skall ha kvalitetsmått i sina uppdragsbeskrivningar.

Systematisk kvalitetsuppföljning lyfts också fram som en avgörande framgångsfaktor för divisionen. Verksamheten ska bland annat utveckla uppföljningen av de kvalitetsindikatorer ur de medicinska kvalitetsregistren som har anknytning till rehabilitering och habilitering, såsom ”Riksstroke” och ”Rikshöft”.

I delårsrapport 1 för 2008 anger divisionen i sin styrkortsredovisning att man inte uppnått målet avseende ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”, men kommer att göra det under verksamhetsåret. Framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning” anges som uppfylld.

I styrkortsrapporteringen i delårsrapport 2 anger divisionen att båda målen är uppfyllda.

I helårsrapporten för 2008 redovisar divisionen att man fortsatt har uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Division Länsspecialiteter**

I divisionens verksamhetsidé redovisas att man ska följa nationella kvalitetsregister och att man ska utveckla vårdprogram som bygger på evidens och/eller beprövad erfarenhet.

Som en framgångsfaktor inom perspektivet ”Process” har divisionen systematiskt kvalitetsarbete. Till detta kopplas nyckelmåttet att samtliga divisionens

verksamheter ska ha ett aktivt kvalitetsarbete inom områdena hygien, läkemedel och dokumentation.

Ytterligare en framgångsfaktor är evidensbaserad kunskap. Nyckelmåttet här är att samtliga divisionens verksamheter ska delta i relevanta kvalitetsregister och nätverk samt att en sammanfattning över detta redovisas.

Av divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 framgår att man inte uppnått målet vad beträffar ”säker, förebyggande hälsofrämjande vård” men kommer att göra det under året. Samma förhållande gäller för framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning”

I styrkortsredovisningen i delårsrapport 2 framgår att divisionen anger samma läge för ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”, men att man nu uppfyller målet vad gäller ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

I helårsrapporten redovisar divisionen samma läge som i rapport 2, måluppfyllelse i endast den ena av framgångsfaktorerna.

### **Division Medicin**

Divisionen anger i sin verksamhetsplan att redovisningar utifrån de nationella kvalitetsregistren samt socialstyrelsens och SKLs Öppna jämförelser, ”...kommer att bli en naturlig del i den framtida verksamhetsuppföljningen och utgör en stimulans i ett fortsatt förbättringsarbete som också innefattar en patientsäkerhetsdimension”.

Inom perspektivet ”Utveckling” i styrkortet anger divisionen att alla verksamhetsområden (VO) ska genomföra förbättringsarbeten utifrån avvikelserapporteringen. Andelen utförda händelseanalyser – på Lex Maria respektive LÖF ärenden (Landstingens ömsesidiga försäkring) – ska öka.

I divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 2008, uppger divisionen att man uppfyller målen ingående i framgångsfaktorn ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”. Målen inom framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning” uppfylls ännu inte, men förväntas uppfyllas under året.

I styrkortsredovisningen i delårsrapport 2 anger divisionen att man uppnår målen i de båda framgångsfaktorerna ”säker förebyggande och hälsofrämjande vård” och ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

I helårsrapporten för 2008 redovisar division medicin att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Division Opererande specialiteter**

Divisionen vill bidra till landstingets övergripande vision genom bland annat: Att ge en ”...tillgänglig sjukvård med få komplikationer...”. Att ”Jämföra oss med andra, lära av de bästa och utvärdera metoder och resultat i ett ständigt lärande...”. I division opererande specialiteters verksamhetsidé ingår bland annat att man ska säkerställa vården enligt nationella och internationella kvalitetskrav genom en systematisk, uthållig, kunskapsbaserad och ändamålsenlig omvärldsbevakning. I verksamhetsidén ingår också att man systematiskt



ska leta efter, utreda, eliminera och följa upp risker i vården för patienter och medarbetare.

Inom styrkortens perspektiv medborgare, process och utveckling ingår olika kvalitetsmål och kvalitetsmått. Inom medborgarperspektivet ska divisionen presentera kvalitetsindex för bedömda väsentliga variabler på landstingets intranät. På lite längre sikt kommer även detta att presenteras på den publika hemsidan.

I processperspektivet ingår granskning av verksamhetens samtliga delprocesser (mottagnings-, strålnings-, operations- etc.), som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Här anges också mål och mått för ”hygienkontrollprogram” samt ”vårdrelaterade infektioner”.

Divisionen anger, inom perspektivet utveckling och förnyelse, mål och mått för kunskapsspridning av den omvärldsbevakning som nämnts ovan. Kunskapsspridningen kommer att ske via intranätet.

I delårsrapport 1 för 2008 anger divisionen i sin styrkortsredovisning att man når målen inom framgångsfaktorn ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”. Divisionen uppger även att man når målen inom framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

Divisionen anger i delårsrapport 2 att man når de fastställda målen för nämnda framgångsfaktorer.

I helårsrapporten för 2008 redovisar division opererande specialiteter att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Division Psykiatri**

Divisionen skall arbeta utifrån en kunskap som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet och har som strategiskt mål en effektiv verksamhet med högsta kvalitet. En framgångsfaktor här är systematiskt kvalitetsarbete och ett långsiktigt mål är att alla verksamheter i divisionen skall delta i de nationella kvalitetsregistren.

Evidensbaserad kunskap framhålls också som en avgörande framgångsfaktor, och det långsiktiga målet är att implementera evidensbaserade vårdprogram för fem av de stora diagnosgrupperna.

Av divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 framgår att man inte når målen varken när det gäller ”säker förebyggande och hälsofrämjande vård” eller ”systematisk kvalitetsuppföljning” vid delårsrapporten, men att man kommer att ha uppfyllt målen vid årets slut.

Av redovisningen i delårsrapport 2 framgår att divisionen anger att man nu uppfyller målen i båda framgångsfaktorerna.

I helårsrapporten för 2008 redovisar divisionen att man inte lyckades uppnå måluppfyllelse vad gäller ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”, en

försämring jämfört med föregående rapport. Måluppfyllelsen när det gäller ”systematisk kvalitetsuppföljning” kvarstår.

### **Sjukhuset i Torsby**

I verksamhetsplanen för Sjukhuset i Torsby anges bland annat att patientsäkerhet och vårdkvalitet förutsätter såväl gott internt samarbete (mellan enheterna vid sjukhuset) som samarbete med övriga divisioner.

I styrkortets processperspektiv framhåller sjukhuset i Torsby ett systematiskt kvalitetsarbete som en avgörande framgångsfaktor. Kvalitetsarbetet ska vara grundat på riktlinjer, nationella normer och beprövad erfarenhet.

I utveckling och förnyelseperspektivet anges evidensbaserad kunskap och fokuserat utvecklingsarbete som avgörande framgångsfaktorer. Här har också angivits konkreta mål och mått för patientsäkerhetsarbete och systematisk strategi för kompetensutveckling.

I verksamhetsplanen anges att ”Patientsäkerhetsarbetet ligger helt inom de områden som ingår i ’strategi för patientsäkerhet’ i LiV och den nationella satsning som påbörjats”.

I verksamhetsplanen deklarerar också att ”Aktivt arbete med ’God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården’ kommer att ske enligt den kvalitetsplan som finns.” (Den kvalitetsplan som omnämns i verksamhetsplanen är av allt att döma ett lokalt framtaget dokument.)

I divisionens styrkortsredovisning i delårsrapport 1 2008, anger divisionen att man når de mål som formulerats inom framgångsfaktorn ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”. Sjukhuset i Torsby uppger även att man når målen inom framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning”.

Sjukhuset i Torsby anger i delårsrapport 2 att man uppfyller målen inom de aktuella framgångsfaktorerna.

I helårsrapporten för 2008 redovisar sjukhuset i Torsby att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### **Folktandvården**

I divisionens vårdidé fastslås att ”all vård och behandling ska bedrivas med god kvalitet och hög patientsäkerhet”. Folktandvården anger, som en framgångsfaktor inom processperspektivet, ”att med stöd av specialister och kvalitetsgruppen identifiera vårdprocesser som innebär risker och åtgärda dessa”. Målet är att alla kliniker ska göra regelbundna riskbedömningar.

Divisionen anger också som en framgångsfaktor ”att kvalitetsmedvetenhet uppmuntras”. Detta ska ske genom att personalen utnyttjar de utbildningsdagar som står till varje kliniks förfogande. Folktandvården Värmland har tagit initiativ till ett nationellt kvalitetsregister för folksjukdomarna karies och parodontit. Man kommer också under perioden att ta fram en modell för odonto-

logisk riskbedömning samt ett länsövergripande vårdprogram för barn och unga.

I delårsrapport 1 för 2008 anger divisionen i sin styrkortsredovisning att man uppnått målet avseende ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”. Målet ”systematisk kvalitetsuppföljning” når man inte under perioden, men anger att man kommer att uppnå det under året.

Av styrkortsredovisningen i delårsrapport 2 framgår att läget är oförändrat beträffande måluppfyllelsen i de båda framgångsfaktorerna.

I helårsrapporten för 2008 redovisar divisionen att man uppnått måluppfyllelse i båda framgångsfaktorerna.

### *Uppföljning*

Landstingets balanserade styrkort, bestående av fem olika perspektiv, är en del av landstingets modell för att följa upp verksamheten. I det förslag till balanserat styrkort på övergripande landstingsnivå, som bifogas landstingsplanen för 2008, formuleras framgångsfaktorer avseende kvalitet inom perspektiven ”Medborgare” och ”Utveckling”

Av landstingets övergripande styrkortsredovisning i delårsrapport 1 2008 framgår följande: under rubriken ”Medborgare” finns framgångsfaktorn ”säker, förebyggande och hälsofrämjande vård”. Här uppger fyra divisioner att man har uppnått full måluppfyllelse, fyra förväntar sig uppnå målet under året. För övriga uppges att målet inte är aktuellt/relevant för perioden.

I delårsrapport 2 har måluppfyllelsen avseende denna framgångsfaktor förbättrats; nu anger sju divisioner att man uppfyller målen och en förväntas uppfylla målet under året. För övriga uppges att målet inte är aktuellt/relevant för perioden.

I delårsrapport 1 redovisas – under rubriken ”Utveckling och förnyelse” – framgångsfaktorn ”systematisk kvalitetsuppföljning”. Här uppger fyra divisioner att man uppnått måluppfyllelse, medan fem förväntar sig att uppnå målet under året. För övriga uppges att målet inte är aktuellt/relevant för perioden.

Även avseende denna framgångsfaktor uppvisas en förbättring i redovisningen i delårsrapport 2. Samtliga divisioner uppger sig nu uppfylla målet, utom folktandvården som dock förväntas uppfylla målet under verksamhetsåret.

De förklaringar som används för färgkoderna och sifferbeteckningarna till begreppen i styrkortet har ändrats från delårsrapport 1 till delårsrapport 2, vilket skapar osäkerhet vid utvärdering av redovisningen. Det kan också konstateras att den utförliga redovisning och beskrivning, som finns i delårsrapport 1, av divisionernas arbete med att uppfylla styrkortets mål inte återfinns i delårsrapport 2. Detta ger inte samma utförliga underlag för analys och slutsatser.

Landstingets revisorer har i sitt dokument "Risk och väsentlighet" särskilt poängterat vikten av att åiterrapportering av uppföljning och utvärdering, till politiker och tjänstemannaledning, fungerar på ett ändamålsenligt sätt. Revisorerna menar därför att det är viktigt att uppföljning sker på ett enhetligt sätt och att den information som åiterrapporteras till ledningen inte bara är relevant utan även beskriver utveckling över tid på ett jämförbart sätt.

Landstingsstyrelsens uppföljning av kvalitetsfrågorna sker i samband med behandling av delårsrapporter och prognoser. Det kan konstateras att landstingsstyrelsen inte tagit några beslut som specifikt avser den redovisning som sker av kvalitetsfrågorna. De beslut som styrelsen tar med anledning av redovisningarna är i huvudsak kopplade till det ekonomiska utfallet.

### *lakttagelser och slutsatser*

Det kan konstateras utifrån granskningens resultat att begreppen kvalitet, evidensbaserad vård och patientsäkerhet utgör viktiga utgångspunkter för landstingsplanen och för divisionernas verksamhetsplaner. Det som fastslås i landstingsplanen avseende kvalitetsfrågor kan betecknas som landstingets övergripande ställningstagande och landstingsplanen är det styrande dokumentet för prioriteringar i samband resursfördelning.

Det bör på ett tydligare sätt framgå - i divisionernas verksamhetsplaner och redovisning i delårsrapporter - hur de i landstingsplanen beskrivna medicinska utvecklingsområdena har implementerats i verksamheten. Det bör också redovisas hur de medicinska utvecklingsområdena har prioriterats och om extra resurser tillförts berörda divisioner.

Revisorerna kan konstatera att samtliga divisioner (inom hälso- och sjukvården och tandvården) i sina verksamhetsplaner anger mätbara kvalitetsmål, samt hur effekterna ska mätas, inom ett eller flera av styrkortets perspektiv. I delårsrapporternas styrkortsredovisning följs kvalitetsarbetet upp i perspektiven medborgare och utveckling.

Revisorerna kan emellertid också konstatera att de i styrkortet formulerade framgångsfaktorerna i vissa fall behöver utvecklas, då exempelvis division allmänmedicin under året inte kunnat redovisa sitt kvalitetsarbete på ett sätt som uppfyller styrkortets kriterier. I helårsrapporten redovisar dock även allmänmedicin sitt kvalitetsarbete.

Det kan slutligen konstateras att förändringar avseende definitioner och innehåll i styrkortet inte bör göras under löpande verksamhetsår. En av grundtankarna med styrkortet som ett styrnings- och uppföljningsinstrument, är att skapa förutsättningar för att följa utveckling över tid. En förutsättning för detta är att premisserna i systemet inte ändras under den tid som man avser mäta, då detta leder till bristande precision i den information som hämtas ur systemet.

**Undertecknande och godkännande**

Anders Marmon  
Certifierad kommunal revisor

Johan Magnusson  
Certifierad kommunal revisor