

Granskning av kvalitet inom vårdstatistik

Region Värmland



Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Inledning	3
2.1	Bakgrund.....	3
2.2	Syfte och revisionsfrågor	3
2.3	Revisionskriterier	3
2.4	Metod och avgränsning	4
2.5	Kort om begrepp och utgångspunkter.....	4
2.6	Vårdstatistik har många användningsområden	4
3.	Styrande dokument, organisering och ansvarsfördelning	6
3.1	Det saknas strategisk styrning av inriktning och prioritering avseende arbetet med datakvalitet och hantering av vårdstatistik.....	6
3.2	Regionen har flera stödfunktioner och gränssnitt för hantering av vårdstatistik	8
3.3	Riktlinjer och rutiner är inte heltäckande	9
3.4	Rapportportalen utgör den primära kanalen för verksamheterna att söka och använda vårdstatistik	10
3.5	Vår bedömning	10
4.	Kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av vårdstatistik.....	12
4.1	Inget systematiskt arbete för att upptäcka felaktiga inmatningar	12
4.2	Uppföljningen av vårddata är inte systematisk.....	13
4.3	Vår bedömning	14
5.	Samlad bedömning	15
5.1	Bedömning utifrån revisionsfrågorna.....	15
5.2	Slutsatser och rekommendationer	15
	Källförteckning	17
	Bilaga 1 – Revisionskriterier	18

1. Sammanfattning

På uppdrag av regionens revisorer har EY genomfört en granskning av kvalitet inom vårdstatistik. Syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att den vårdstatistik som regionen producerar är korrekt och ändamålsenlig på en övergripande nivå.

Vår sammanfattande bedömning, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte fullt ut tillsett att den vårdstatistik som regionen producerar är korrekt och ändamålsenlig på en övergripande nivå. Bedömningen grundar sig på att det i stor utsträckning saknas en strategisk styrning, kontroll och uppföljning av vårdstatistik på en övergripande nivå. Det finns inga övergripande styrdokument som tydliggör inriktning och prioritering för arbetet med vårdstatistik och rutiner för systematisk kvalitetssäkring och uppföljning noteras enbart i enstaka fall.

De enheter inom område vårdkvalitet som arbetar med vårdstatistik ur olika perspektiv är centrala stödfunktioner, men vi noterar att uppdragen inte är tydliggjorda för samtliga berörda enheter. Det saknas ett utpekat ansvar för utbildning och kompetenshöjande insatser rörande hur verksamheter arbetar med sin indata i journalsystemet Cosmic och andra system, med undantag för kodning. Vi noterar vidare att rutinerna för uppföljning och kvalitetssäkring varierar mellan verksamheter och förefaller vara relativt personbundna.

Den tydligaste kontrollen som genomförs rörande kvalitet i vårdstatistik, är att klassifikationsenheten kan genomföra interngranskningar för verksamheter och återkoppla kvaliteten i inmatning av data. Detta sker dock inte med uttalad systematik. Utöver denna granskning finns inget utpekat ansvar för kvalitetssäkring eller uppföljning för att bidra till verksamhetsutveckling. Sammantaget saknas ett ägarskap över frågor om datakvalitet och hantering av vårddata. Detta bedömer vi vara en väsentlig brist.

Utifrån granskningens iakttagelser ger vi hälso- och sjukvårdsnämnden följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör ett ramverk med mål, inriktning och prioriteringar rörande vårdstatistik och datakvalitet i ett övergripande perspektiv, för att säkerställa ett ägandeskap inom området. Detta inkluderar att tydliggöra roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetssäkring och kompetenshöjande insatser rörande hantering av data och vårdstatistik
- ▶ Säkerställ att tillförlitlighet och kvalitet i regionens vårddata värderas i arbetet med risk- och väsentlighetsanalyser på lämpliga nivåer i organisationen, för att identifiera om, och i så fall vilka, områden som borde bli föremål för kontroller/uppföljning
- ▶ Överväg att införa stickprovsvis kontroll/uppföljning/granskning rörande säkerställande av kvalitet i vårddata, som komplement till den interngranskning som klassifikationsenheten genomför
- ▶ Utvärdera innehåll i och användning av Rapportportalen för att säkerställa ett uppdaterat och korrekt innehåll

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Korrekt offentlig hälso- och sjukvårdsstatistik är viktigt för att medborgare, beslutsfattare och vårdpersonal ska kunna få korrekt information för att kunna jämföra och ta beslut. Den statistik som finns som offentlig har inte alltid upplevts som korrekt av vårdpersonal inom regionen.

För att kunna bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete är en tillförlitlig vårdstatistik av väsentlig betydelse. En tillförlitlig vårdstatistik har också betydelse för nämndens beslutsfattande och för allmänhetens insyn. Korrekt statistik är en förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete. Brister i vårdstatistik kan också medföra att politiska beslut fattas utifrån ett felaktigt beslutsunderlag och det samma för medborgarna i valet av vårdgivare.

Den statistik som regionen tar fram används, utöver i det egna kvalitetsarbetet, i en rad databaser såsom Vården i siffror, nationella kvalitetsregister, Väntetider i vården, Sveriges offentliga statistik på Folkhälsomyndigheten med flera. Regler kring vårddata finns bland annat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av kvaliteten i vårdstatistik.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden tillsett att den vårdstatistik som regionen producerar är korrekt och ändamålsenlig på en övergripande nivå.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det en tillfredsställande styrning i form av datastrategi, rutiner eller riktlinjer?
- ▶ Finns det en tillfredsställande organisering, ansvarsfördelning och övriga förutsättningar i form av ledningsorganisation, uppdragsbeskrivningar, mandat och IT-stöd?
- ▶ Finns det en tillfredsställande kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av att den statistik som tas fram är ändamålsenlig och korrekt?
- ▶ Vidtas åtgärder utifrån vad som framkommer av uppföljningen och hur används statistiken för verksamhetsutveckling?
- ▶ Om granskningen visar brister, vilka rekommendationer ges?
- ▶ Om granskningen visar att det brister, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?

2.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Reglementen för regionstyrelsen och nämnder
- ▶ Regionens styrdokument

Revisionskriterierna presenteras närmare i bilaga 1.

2.4 Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Samtliga intervjuade har fått möjlighet att sakgranska ett rapportutkast för att säkerställa att slutsatserna baseras på korrekta fakta och uttalanden. Rapporten har även kvalitetssäkrats internt på EY.

Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden.

2.5 Kort om begrepp och utgångspunkter

Vårdstatistik omfattar insamling, analys och rapportering av data om patientvård och behandlingar. Statistiken skapar förutsättningar att förbättra kvaliteten på vården, planera resurser och utvärdera effekten av olika behandlingar och insatser. Den används för att mäta och utvärdera olika aspekter av vården, inklusive kvalitet, effektivitet, tillgänglighet och kostnader. Vårdstatistik kan omfatta en mängd olika data, såsom:

1. **Patientdata:** Information om patienter, inklusive diagnoser, behandlingar och resultat.
2. **Resursanvändning:** Data om hur resurser, som personal och utrustning, används inom vården.
3. **Kostnader:** Ekonomiska aspekter av vården, inklusive kostnader för behandlingar och sjukhusvistelser.
4. **Kvalitetsmått:** Indikatorer som används för att bedöma kvaliteten på vården, såsom patienttillfredsställelse och komplikationsfrekvens.

Begreppet kvalitet är brett, och kvalitet i vårdstatistik kan syfta på dels datakvalitet, dvs att inmatad data är korrekt, fullständig och aktuell. Det kan avse exempelvis antal väntande patienter till nybesök eller åtgärd, korrekt diagnoskod utifrån en journalanteckning eller beläggningsprocent på en vårdavdelning över tid. En annan aspekt av kvalitet avser analys av datan, dvs att de siffror som jämförs och analyseras tillsammans ger en rättvisande bild av den situation eller det fenomen som ska belysas. Här inkluderas kommenterande texter till statistik som förklarar hur mottagaren ska kunna tolka statistiken och vilka slutsatser som är rimliga att dra.

Denna granskning fokuserar på styrning, kontroll och uppföljning rörande vårdstatistik på en övergripande nivå. I rapporten ger vi exempel på hur data hanteras och följs upp utifrån ett internkontrollperspektiv.

2.6 Vårdstatistik har många användningsområden

Nedan visas ett urval av Region Värmlands större system där vårddata hanteras.

Tabell 1. Ett urval av regionens större system

Namn	Kommentar
Cosmic	Regionens journalsystem, det största systemet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.
Cosmic Insight	Ett analys- och uppföljningsverktyg inom journalsystemet Cosmic som låter hälso- och sjukvårdspersonal hämta, analysera och visualisera patientdata för att förbättra vården. Verktöget används för att skapa egna frågeställningar och få fram statistik i form av grafer och listor, för att stödja verksamhetens kvalitetssäkring och utveckling.

MedRave/ Prisma	System för verksamhetsuppföljning på allmänmedicinska mottagningar. Datan hämtas från Cosmic, via regionens datalager.
GOLI	Systemstöd för att jobba med produktionsplanering, avseende exempelvis operationsutrymme. Datan hämtas från Cosmic.
Stratsys	System för verksamhetsplanering och uppföljning, där nämndens mål och mätplan ligger inladga tillsammans med tillhörande aktiviteter och indikatorer.

Regionen rapporterar olika typer av data till flera nationella databaser. Statistik som rapporteras till nationella kvalitetsregister¹ används för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården. Dessa register är värdefulla källor för forskning och innovation. Utöver dessa finns det flera databaser som är mer fokuserade på att belysa hur hälso- och sjukvården ser ut, dessa drivs av bland annat Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Socialstyrelsen. Av databaserna och de nationella kvalitetsregistren kan allmänheten, media och förtroendevalda få insyn i hur vården fungerar.

Regionen kan själva använda sig av statistiken för att jämföra hur vården sett ut över tid, jämföra sig med andra regioner eller använda statistiken som stöd i resursplanering och verksamhetsutveckling. Regionen kan också använda statistiken till att utöva egenkontroll och följa upp politiska mål. Det är centralt att vårdstatistiken kan användas av respektive verksamhet för uppföljning och utveckling av processer och flöden. För detta krävs en tillit i verksamheterna till att datan är korrekt och att statistiken blir rättvisande.

¹ Kvalitetsregister är systematiska databaser som används för att samla in, lagra och analysera information om vård och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Syftet med kvalitetsregister är att mäta och förbättra kvaliteten på vården genom att följa upp patientresultat och vårdprocesser över tid.

3. Styrande dokument, organisering och ansvarsfördelning

Avsnittet svarar på revisionsfrågorna om det finns en tillfredställande styrning i form av datastrategi, rutiner eller riktlinjer samt om det finns en tillfredställande organisering, ansvarsfördelning och övriga förutsättningar i form av ledningsorganisationen, uppdragsbeskrivningar, mandat och IT-stöd.

3.1 Det saknas strategisk styrning av inriktning och prioritering avseende arbetet med datakvalitet och hantering av vårdstatistik

Av regionstyrelsens reglemente framgår att regionstyrelsen ansvarar för flera gemensamma resurser och leder den centrala förvaltningen som samordnar dessa funktioner inom regionen. Här ingår bland annat IT-organisationen. Av hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente framgår det att nämnden ansvarar för ledningen av hälso- och sjukvården. Det framgår även att nämnden ansvarar för ledningssystemet för kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården.

Regionplan med budget 2025 har ett övergripande mål om god, jämlik och jämställd hälsa, där bland annat samverkan, omställningen till god och nära vård, den digitala vården samt en säker och hållbar vårdmiljö lyfts fram. Målet har tre indikatorer. Det finns inga skrivningar med bäring på vårdstatistik eller data.

Regionen har inga politiskt antagna styrande dokument med koppling till datakvalitet eller kvalitet i vårdstatistik. Det finns inga övergripande måldokument eller strategier som berör hur regionens arbete med datakvalitet eller vårdstatistik ska inriktas, prioriteras eller avgränsas. De riktlinjer och rutiner vi tagit del av finns främst på enhetsnivå, och beskrivs i avsnitt 4.3.

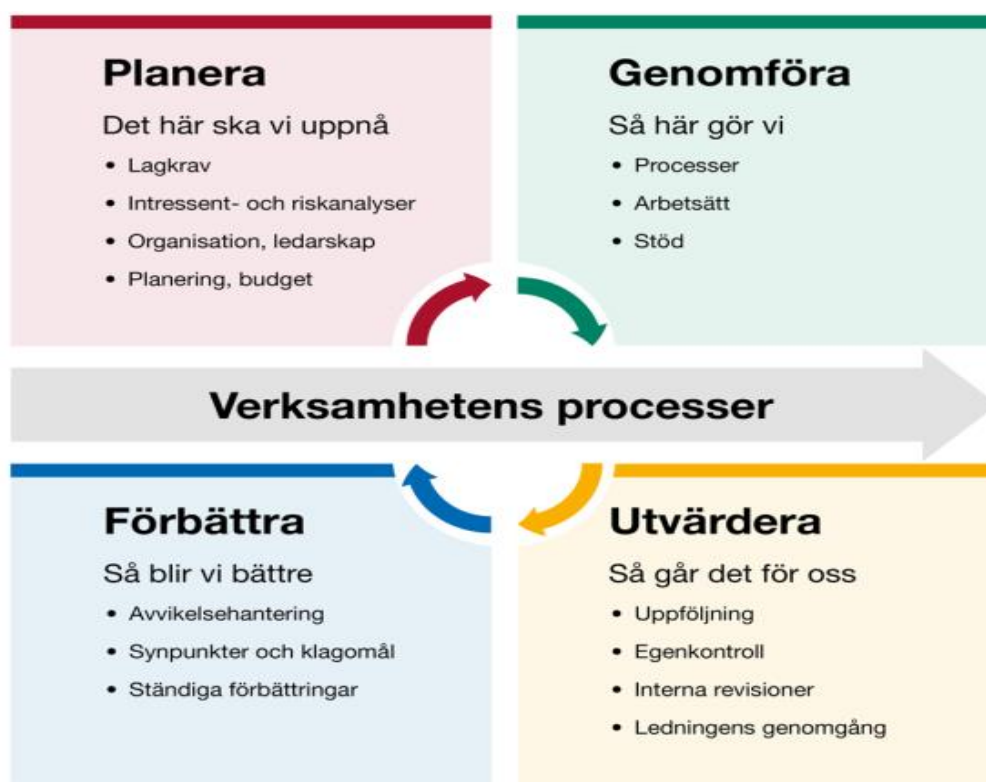
I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan nämns inget specifikt om vårdstatistik eller datakvalitet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte genomfört några riskanalyser som rör hantering av vårdstatistik eller kvalitet i vårddata. Risker inom det här området finns inte dokumenterade i internkontrollarbetet för 2024 eller 2025. Det finns inga övergripande riskanalyser eller kartläggningar rörande kvalitet i vårdstatistik inom regionens organisation för IT eller område vårdkvalitet.

Ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården

Riktlinjen *Ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården* antogs av biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör i maj 2025. Den beskriver regionens generella modell för ledningssystemet enligt modellen PDSA: planera, genomföra, utvärdera, förbättra.

Det framgår att modellen ska användas på samtliga organisatoriska nivåer och samtliga verksamheter inom regionens hälso- och sjukvård, för att underlätta kunskapsöverföring och gemensamma arbetssätt. Kvalitetsledningssystemets struktur ska gälla för hälso- och sjukvårdens lednings-, huvud- och stödprocesser (se bild på nästa sida).

Bild 1. Region Värmlands modell för ledningssystemet



Källa: Riktlinje Ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården, Region Värmland

Av ledningssystemet framgår de olika organisatoriska nivåernas ansvar och arbetssätt avseende kvalitetsfrågor.

- ▶ All verksamhet ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- ▶ Egenkontroll ska genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- ▶ Respektive verksamhet ansvarar för mätning, uppföljning och analys av sina resultat.

Vidare beskrivs det nationellt överenskomna systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, som består av tre delar: kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Ledningssystemet beskriver den centrala roll- och arbetsfördelningen samt olika ansvarsnivåer för kvalitetsfrågor inom hälso- och sjukvården, men det finns ingen skrivning rörande hur kvalitet i data eller statistik ska behandlas.

Vid intervjuer bekräftas att det saknas en strategisk styrning av regionens övergripande mål eller riktning i arbetet med vårdstatistik och kvalitetsarbete avseende vårddata.

3.2 Regionen har flera stödfunktioner och gränssnitt för hantering av vårdstatistik

Område vårdkvalitet

Hantering av vårdstatistik och data involverar flera enheter och gränssnitt mellan kärnverksamhet och stödfunktioner. De olika funktionerna beskrivs övergripande i kvalitetsledningssystemet. Det finns dock inte tydliggjort i ledningssystemet eller några övergripande styrdokument var i organisationen ansvaret för vårddata och dess kvalitet ligger.

Område vårdkvalitet omfattar flera stödfunktioner inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Områdets uppdrag är att stödja vårdens verksamheter strategiskt och operativt. Det kan handla om att bidra med expertstöd i frågor som rör patientsäkerhet, klinisk forskning, utbildning, samverkan, processbaserat utvecklingsarbete samt kunskapsstöd.²

Inom område vårdkvalitet finns flera verksamheter som är centrala i hanteringen av regionens vårddata och statistik³:

- ▶ Verksamhetsanalysenheten
- ▶ Utveckling av användarstöd patientjournal (UAP)
- ▶ Klassifikationsenheten

Av regionens intranät framgår att ”Verksamhetsanalysenhetens övergripande uppdrag är att bidra till att hälso- och sjukvården har tillgång till hälso- och sjukvårdsstatistik och analys som stöd för att kunna leverera en god och jämlik vård”.

En del av enhetens uppdrag är att utveckla och visualisera statistikrapporter och publicera dessa i regionens interna statistikrapportportal. På verksamhetsanalysenheten arbetar analytiker och en ekonomistrateg samt enhetschef. De ingår i arbetet med nämndens uppföljning av kvalitetsindikatorer. De arbetar även med bland annat kostnad per patient (KPP) och uppföljning av tillgänglighet, produktion, patientsäkerhet samt kunskapsstyrning.

För att data ska matas in korrekt i journalsystemet Cosmic finns två enheter som arbetar med kvalitet på *indata*: Utveckling av användarstöd patientjournal (UAP) och Klassifikationsenheten. UAP är supportfunktion för Cosmic och utgör gränssnitt mellan kärnverksamhet och IT. Medarbetarna på UAP sitter utplacerade på tre sjukhus i regionen. Flera av dessa medarbetare har delade tjänster och arbetar även kliniskt. Klassifikationsenheten ansvarar för att diagnos- och åtgärdsklassificeringen sker på ett enhetligt och korrekt sätt. Enheten ska aktivt stödja och förbättra verksamheternas kodningskvalitet, genom internergranskningar och utbildningsinsatser. Enheten arbetar för ökad kvalitet i KPP och inrapportering till Patientregistret. På klassifikationsenheten arbetar vårdadministratörer som har utbildning inom klassifikation.

² Område vårdkvalitet erbjuder utbildning, handledning, dialoger och uppföljning inom olika kvalitets- och patientsäkerhetsområden. Områdets enheter ger också stöd till och stimulerar klinisk forskning, forskarutbildning och klinisk verksamhetsförlagd utbildning samt till implementering av ett evidensbaserat aktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, där utvecklings- och förbättringsarbeten är centrala delar.

³ Härutöver finns följande verksamheter inom området: Centrum för klinisk forskning och utbildning, Kliniskt träningscentrum, Kunskapsstyrnings- och patientsäkerhetsenheten, Läkemedelskommittén, Samverkan, Sjukhusbiblioteken, Telefonservice vaccination och Vårdvalsenheten

Region-IT

Region-IT tillhör regionledningskontoret och ansvarar för att utveckla, förvalta och tillhandahålla IT-tjänster inom IT-drift, support, underhåll, systemförvaltning, infrastruktur och IT-strategi. IT-organisationen har enheter eller "kundgrupper" som arbetar specifikt med vissa verksamheter. Inom IT-organisationen finns bland annat *Kundgrupp hälso- och sjukvård* som arbetar med alla system och databaser som hälso- och sjukvården använder. Kundgruppen är Region-IT:s representant i verksamhetsspecifika forum och ska säkra samordningen av hälso- och sjukvårdsförvaltningens strategiska och förvaltningsrelaterade behov, frågor och eskaleringar. Inom kundgruppen arbetar applikationsspecialister, systemtekniker, utvecklingsledare och tekniska projektledare.

Region-IT ansvarar även för regionens datalager, som samlar och strukturerar all data inom regionens verksamheter. Från datalagret hämtas vårddata automatiskt för inrapportering till nationella databaser såsom exempelvis SKRs Väntetidsdatabas och Socialstyrelsens patientregister.⁴

Kärnverksamheterna

Respektive vårdenhet ansvarar för sin indata som matas in i Cosmic samt övriga system. Vårdadministratörer arbetar ofta med denna inmatning och hantering. Denna funktion benämns kodare och utgörs av cirka 100 medarbetare inom hälso- och sjukvården, som har särskild utbildning i kodning. Vissa utvalda funktioner kan därutöver ha uppdrag att löpande arbeta med avstämning och kvalitetssäkring av olika typer av indata.⁵

3.3 Riktlinjer och rutiner är inte heltäckande

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fastställt ett antal gemensamma instruktioner och lathundar för hur data ska registreras och rapporteras.

Rutinen *Ansvarsområde kodare inom hälso- och sjukvården* är fastställd av områdeschef för vårdkvalitet. Kodaren ansvarar för att säkra en enhetlig tolkning av kodning och klassifikation av sjukdomstillstånd. Kodaren ansvarar även för biverkansrapportering som skickas till Läkemedelsverket, att ej diagnossatta vårdkontakter blir åtgärdade, omsigering av direkta felaktigheter i journal som kan skapa allvarliga patientssäkerhetsrisker och att rätta eventuella fel i kvalitetsindikatorerna.⁶

Det finns inga motsvarande rutiner som tydliggör ansvar eller uppdrag för regionens analytiker. Klassifikationsenheten har en dokumenterad rutin där enhetens ansvarsområde och uppdrag framgår, även UAP har en kortfattad uppdragsbeskrivning om enhetens uppdrag och mål.

Verksamhetsanalysenhetens chef har fastställt instruktionen *Regelverk uppföljning standardiserade vårdförlopp i cancervården* och digitaliseringsledaren på IT har fastställt instruktionen *Hantering och uppföljning av vårdplatsdata*. För att följa upp regionens effektmål om God, jämlik och jämställd hälsa har hälso- och sjukvårdsdirektören fastställt *Indikatorbeskrivningar god, jämlik och jämställd hälsa*.

För vårdplatsdata framgår vissa rutiner för hantering och uppföljning samt hur kvalitet i datan ska säkerställas. Även för indikatorbeskrivningarna för uppföljning av nämndens effektmål finns vissa rutiner för hantering, uppföljning och jämförbarhet. Övriga rutiner och instruktioner vi tagit del av är av mer teknisk karaktär.

⁴ I regionens datalager lagras data från flera olika system, framför allt från Cosmic, men också från exempelvis ekonomisystemet Raundance och HR- och lönesystemet Heroma. Vid tidpunkten för granskningen kan däremot inte en statistikrapport kombinera data från olika system.

⁵ Vid intervjuer framgår att vissa enskilda funktioner ser som en del av sitt uppdrag att genomföra kvalitetssäkring och uppföljning av data. Det framgår att uppdraget är personbundet snarare än att uppdraget är tilldelat en viss funktion.

⁶ När läkare eller annan vårdpersonal gör journalanteckningar använder de ett system med specifika koder för diagnoser och åtgärder. Det finns ungefär 12 000 diagnoskoder och 8 000 åtgärds-koder.

Verksamhetsanalysen har upprättat sex instruktioner för den praktiska hanteringen i analysverktyget Cosmic Insight. Dessa utgör lathundar för olika steg i systemet. Enheten har även fem lathundar för hur vissa typer av statistik rapporteras.⁷

3.4 Rapportportalen utgör den primära kanalen för verksamheterna att söka och använda vårdsstatistik

Regionen har en rapportportal där statistikrapporter publiceras på regionens intranät. Verksamhetsanalysenheten ansvarar för att data i statistikrapporterna är överensstämmande med den data som finns i Cosmic. Vanligtvis finns alla rapporter tillgängliga för alla anställda. Av intervjuer framgår att ledningsgrupper och även andra funktioner använder statistikrapporterna regelbundet. Vid tidpunkten för granskningen finns ungefär 300 statistikrapporter publicerade i portalen, varav cirka 200 är rapporter om hälso- och sjukvård.

Av regionens instruktion *Sjukvårdens statistikrapporter i Rapportportalen* framgår att rapporterna skapas på beställning från ledning, verksamheterna eller utifrån nationella initiativ för uppföljning och analys. Det finns ingen strategisk styrning av vilka rapporter som ska finnas på portalen, utan det styrs utifrån efterfrågan. Vilka verksamheters data och vilken typ av data som finns i rapportportalen varierar därför.

Efter att en beställning har gjorts för en specifik rapport skapar IT en rapportstruktur. Statistikrapporterna hämtar data från flera olika ställen, till största delen från regionens datalager, men även externt från till exempel Folkhälsomyndigheten och SKRs databaser.

Efter att rapporten är klar skickas den till verksamhetsanalysenheten för kvalitetssäkring ur vissa perspektiv. Verksamhetsanalysenheten har upprättat checklisten *Publicera pbi-rapport* som analytikerna går igenom innan en rapport publiceras. Bland annat kontrolleras om rätt källor har använts, om kopplingarna är korrekta och om måtten är korrekt uträknade. Däremot är rapporten fortfarande avhängig om indatan från berörda verksamheter är korrekt.

Vid intervjuer betonas att användare kan ha svårt att hitta rätt statistikrapport och att filtrera data i rapporterna efter den statistik de är intresserade av. Rapporterna är inte enhetligt utformade och det genomförs ingen kvalitetssäkring av rapporternas användarvänlighet.

Vid tidpunkten för granskningen kan alla anställda inom hälso- och sjukvården vända sig till verksamhetsanalysenheten för att beställa statistik och analysrapporter för sin verksamhet. Denna breda ingång beskrivs som en utmaning, då enheten inte har kapacitet att hantera alla förfrågningar. Intervjuade uppger även att inte alla statistikrapporter som skapas används på avsett vis. Då det saknas en tydlig prioritering för analytikernas tid, finns inte heller någon "minimnivå" för vad exempelvis en verksamhetschef kan förvänta sig att få hjälp med rörande att ta fram och analysera statistik.

Vid tidpunkten för granskningen byggs ett nytt datalager som kommer att förse rapportportalen med data. Därefter kommer enligt uppgift nya typer av rapporter kunna skapas. En översyn av rapportportalens innehåll pågår.

3.5 Vår bedömning

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9) ska ett ledningssystem användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter. En central aspekt för att kunna

⁷ Lathundarna avser: Överbeläggning, Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler, Standardiserat vårdförlopp till PREM-uppföljning/ nationell patientenkät, Uppdatering av kommunrapport kring sammanhållen vård samt Standardiserat vårdförlopp för överflyttade och mottagna från Värmland.

arbeta med kvalitetsfrågor avseende data och statistik är att det finns ett ramverk som grund, där inriktning och prioriteringar i arbetet tydliggörs.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte antagit något övergripande styrande dokument eller ramverk om mål, kvalitet, inriktning eller prioriteringar avseende arbetet med datakvalitet eller hantering av vårdstatistik. Det finns inte heller någon övergripande datastrategi i regionen.

Förvaltningen har fastställt vissa instruktioner och rutiner om hur data och statistik ska hanteras, men dessa är inte heltäckande. Det finns endast uppdragsbeskrivningar för en enhet och en roll, trots att ett flertal olika funktioner arbetar med kvalitets- och analysfrågor rörande vårdstatistik. Det saknas även uttalade prioriteringar för hur analytikerna ska arbeta med kvalitet i vårddata och statistik. Vi bedömer att detta arbete behöver tydliggöras för att säkra god kvalitet och effektivitet.

Vi bedömer sammantaget att det inte finns en tillfredsställande styrning i form av datastrategi, rutiner eller riktlinjer. Vidare bedömer vi att det inte fullt ut finns en tillfredsställande organisering och ansvarsfördelning, utifrån att ansvar och roller inte är tydliggjorda.

4. Kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av vårdstatistik

Detta avsnitt besvarar revisionsfrågorna om det finns en tillfredsställande kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av att den statistik som tas fram är ändamålsenlig och korrekt samt om åtgärder vidtas utifrån vad som framkommer av uppföljningen och hur statistiken används för verksamhetsutveckling.

4.1 Inget systematiskt arbete för att upptäcka felaktiga inmatningar

Enligt regionens ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården ska all verksamhet i hälso- och sjukvården utvärderas genom uppföljning, egenkontroll, interna revisioner samt ledningens genomgång. Ledningssystemet omfattar rutiner för exempelvis användning av nationella och regionala kvalitetsregister, egenkontroll för att upptäcka och förebygga vårdskador och patientsäkerhetsrund.

Det saknas dokumenterade riskanalyser avseende datakvalitet

Av ledningssystemet framgår att uppföljningsprocessen omfattar insamling och mätning av kvalitets- och målindikatorer, analys av data och resultat samt rapportering, inklusive beställning av utdata och statistikrapporter. Utifrån verksamhetsplan och tillhörande mätplan sker nämndens uppföljning månadsvis, delårsvis och årsvis.

Uppföljnings- och utvecklingsarbetet i ledningssystemet bygger i stor utsträckning på kvalitet i den data som utgör vårdstatistik i olika system. Däremot framkommer inga riskvärderingar, åtgärder eller uppföljningar som direkt har bäring på hantering av statistiken eller datakvalitet.

Den enskilt största risken för felaktigheter i regionens vårdstatistik är enligt intervjuade felaktiga inmatningar, dvs. felaktiga indata från verksamheterna. Då det saknas riktlinjer och gemensamma arbetssätt för kvalitetssäkring på verksamhetsnivå, så finns ingen övergripande eller verksamhetsspecifik funktion som i dagsläget systematiskt kan upptäcka felaktigheter.

Det saknas uttalat ansvar för att åtgärda uppmärksammade brister i flera fall

Det varierar stort hur olika typer av data hanteras i regionen. Data som skickas till SKR och Socialstyrelsen sätts samman av IT. För statistik rörande väntetider finns utsedda väntetidssamordnare i verksamheten som stämmer av siffror och har kommunikation med SKR rörande kvaliteten i inrapporterad data. För standardiserade vårdförlopp (SVF) finns en cancersamordnare som jobbar aktivt med dessa dataleveranser och dess kvalitet. I dessa två exempel finns det ett ägarskap och en funktion som arbetar aktivt med datakvalitet och hur statistiken används. För flera övriga typer av data och statistik som levereras externt sker leverans direkt från datalagret och kvalitetssäkras inte.⁸ Här saknas uttalat ansvar och ägarskap. Det finns idag ingen samlad översikt eller struktur för samtliga externa leveranser av data som görs av regionen.

I intervjuer med representanter för område vårdkvalitet framkommer att enheterna ibland uppmärksammar fel och brister. När verksamhetsanalysenheten levererar statistik kan de få felmeddelanden om extern part upptäcker större felaktigheter i siffrorna. Men då verksamhetsanalysenheten saknar ett utpekat utbildningsansvar eller ägarskap för datakvalitet är det otydligt hur påkomna fel eller brister ska hanteras.

Som nämnt i kapitel 3 finns ett visst uttalat ansvar för kvalitet i inmatning i Cosmic. Kodare har ett ansvar för att kodningen är korrekt och klassifikationsenheten bistår vid kodningsrelaterade frågor. Kodare har även ansvaret för att kontrollera mot statistikrapportportalen att vårdkontakter som inte

⁸ Rapportering till nationella kvalitetsregister sker i vissa fall direkt från Cosmic, medan det för vissa register är mer manuell hantering.

blivit diagnossatta får en kod. Klassifikationsenheten har ett utbildningsansvar inom kodning. Av intervjuer framgår att UAP har ett utbildningsansvar för journalsystemet Cosmic. Detta framgår emellertid inte av styrande dokument eller riktlinje.

Vissa typer av fel utlöser en varning i Cosmic, exempelvis när en kod har blivit felaktig eller när kod saknas. Systemet noterar dock endast vissa typer av fel, exempelvis om en kod har blivit inlagd som huvuddiagnos men bara kan vara inlagd som bidiagnos. Om en huvuddiagnos lagts in felaktigt, krävs dock manuell hantering för att upptäcka det. Vid intervjuer nämns att sådana felaktigheter upptäcks sporadiskt när medarbetare gör andra uppgifter.

I intervjuer framkommer att vissa funktioner ser som en del av sitt uppdrag att genomföra viss uppföljning av kvalitet i indata för sin verksamhet, men det varierar i vilken grad det finns utrymme och vilken typ av data som följs upp. Omfattningen av uppföljningen är personbunden och är inte tilldelad en specifik funktion. Inom intervjuade verksamheter arbetar exempelvis en ledningsstrateg respektive en controller med dessa uppgifter i varierande grad. Uppföljningen varierar från att de själva går in aktivt i Cosmic och gör vissa kontroller, till att uppföljning sker på mer övergripande nivå i form av kontrollfrågor ut i verksamheten. Kontroll kan till exempel ske på förekommen anledning om någon upptäcker felaktig statistik i regionens rapportportal.

Som en del av sitt uppdrag utför klassifikationsenheten interngranskning av olika verksameters kodningskvalitet i systemet Cosmic. Granskningsinsatsen genomförs bland annat efter en större utbildningsinsats eller om verksamheterna ber att klassifikationsenheten ska granska. Utifrån resultatet skriver klassifikationsenheten en rapport med förbättringsförslag. Det kan bland annat innebära samlade utbildningsinsatser. Klassifikationsenheten granskar både interna och externa aktörer som har avtal med regionen, men det finns ingen uttalad systematik i när vilka verksamheter ska granskas eller med vilken frekvens.

Kodare, medarbetare på klassifikationsenheten samt övriga funktioner som arbetar med uppföljning och kvalitetssäkring genomför sina insatser i begränsade delar av indata i Cosmic. Med undantag för interngranskningen framgår det att felaktigheter ofta upptäcks sporadiskt snarare än att det finns ett systematiskt arbetssätt.

4.2 Uppföljningen av vårddata är inte systematisk

Av de exempel vi har fått ta del av framgår det att verksamheterna regelbundet använder sig av statistikrapporter för att följa upp verksamheterna. Det finns däremot ingen tydlig eller uttalad prioritering av hur framtagna vårdstatistik ska användas inom regionen. Vid intervjuer påpekas att det finns en upplevelse av att flera rapporter i statistikrapportportalen verkar förbli oanvända. Bland annat kan avvikande siffror upptäckas i statistiken inom avgränsade områden utan tecken på att siffrorna rättas till.

Det krävs en viss förståelse för området för att på ett korrekt sett kunna utläsa vad statistiken säger. Eftersom alla i regionen kan beställa en statistikrapport och alla kan ta del av de statistikrapporter som finns, finns en risk att data utläses felaktigt. Vid intervju framkommer även att det finns ett fokus på att siffrorna ska bli mer korrekta, men mindre fokus på vad siffrorna faktiskt innebär. Som nämnt i kapitel 3 är en ytterligare försvårande omständighet att rapporterna inte har ett enhetligt utseende och att inga kvalitetskontroller avseende användarvänlighet görs.

Vid intervjuer nämns även att vissa indikatorer blir särskilt belysta när nämnden beslutar att följa upp särskild data. Däremot saknas en långsiktig strategi för hur vårddata ska användas och följas upp.

4.3 Vår bedömning

Enligt regionens ledningssystem för kvalitet ska all verksamhet i hälso- och sjukvården utvärderas genom uppföljning, egenkontroll, interna revisioner samt ledningens genomgång. Av granskningen framkommer ingen tydliggjord systematik rörande hur kvalitet avseende vårddata och vårdstatistik ska följas upp och säkerställas.

Klassifikationsenheten genomför vissa interngranskningar, men har inte ett uttalat ansvar att granska hälso- och sjukvårdsnämndens samtliga verksamheter. Det framgår att felaktigheter främst upptäcks i samband med annat arbete och att stödfunktionerna kan notera felaktigheter som är större och mer genomgående. Det saknas dock en strategisk styrning av hur uppföljning av vårddata ska göras och det saknas riskanalyser på området. Härutöver saknas ett ägarskap i frågan, vilket får till följd att uppmärksammade brister inte alltid åtgärdas. Sammantaget innebär detta en väsentlig risk för att felaktigheter och brister kan uppstå och kvarstå utan att det märks. Om verksamheterna i sin tur inte litar på att den data eller statistik som presenteras är korrekt, blir dess nytta begränsad.

Vår bedömning är att det inte finns en tillfredsställande kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av data och vårdstatistik.

5. Samlad bedömning

5.1 Bedömning utifrån revisionfrågorna

Revisionsfrågor	Svar
Finns det en tillfredsställande styrning i form av datastrategi, rutiner eller riktlinjer?	Nej. Det finns inga styrande dokument kopplade till arbetet med vårdstatistik eller säkerställande av kvalitet i vårddata. Regionen har inga politiskt antagna datastrategier, rutiner eller riktlinjer som berör kvalitet inom vårdstatistik. Det saknas övergripande styrande dokument om mål, kvalitet, inriktning och prioriteringar.
Finns tillfredsställande organisering, ansvarsfördelning och övriga förutsättningar i form av ledningsorganisation, uppdragsbeskrivningar, befogenheter, mandat och IT-stöd?	Nej. Det finns inte en dokumenterad ansvarsfördelning avseende arbetet med vårdstatistik. Det finns i allt väsentligt kompetens och IT-stöd för arbetet med vårdstatistik. Däremot finns ingen beslutad prioriteringsordning för hur stödfunktionerna ska arbeta, vilket medför otydlighet i styrning och uppföljning av utvecklingsarbetet.
Finns det en tillfredsställande kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av att den statistik som tas fram är ändamålsenlig och korrekt?	Nej. Det saknas styrande dokument i regionen kring hur kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av vårddata ska genomföras. Det finns en viss dokumenterad ansvarsfördelning för uppföljning och kvalitetssäkring av viss indata i journalsystemet Cosmic. Däremot finns inte motsvarande funktioner för regionens övriga system. Det genomförs vissa kontroller av indata, däremot är arbetet inte helövergripande och innefattar inte nämndens samtliga verksamheter. Det finns inte ett övergripande styrdokument om hur regionen ska arbeta med kontroll, uppföljning och kvalitetssäkring av vårddata.
Vidtas åtgärder utifrån vad som framkommer av uppföljningen och hur används statistiken för verksamhetsutveckling?	Delvis. Det saknas en systematisk uppföljning avseende kvalitet i vårddata och vårdstatistik. Den statistik som finns används dock aktivt inom intervjuade verksamheter för uppföljning och utvecklingsarbete.
Om granskningen visar brister, vilka rekommendationer ges?	Rekommendationer anges i kapitel 1.
Om granskningen visar att det brister, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?	Förbättringsområden anges i kapitel 1.

5.2 Slutsatser och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte fullt ut tillsett att den vårdstatistik som regionen producerar är korrekt och ändamålsenlig på en övergripande nivå. Bedömningen grundar sig på att det i stor utsträckning saknas en strategisk styrning, kontroll och uppföljning av vårdstatistik på en övergripande

nivå. Det finns inga övergripande styrdokument som tydliggör inriktning och prioritering för arbetet med vårdstatistik och rutiner för systematisk kvalitetssäkring och uppföljning noteras enbart i enstaka fall.

Det saknas ett utpekat ansvar för utbildning och kompetenshöjande insatser rörande hur verksamheter arbetar med sin indata i journalsystemet Cosmic och andra system, med undantag för kodning. Vi noterar vidare att rutinerna för uppföljning och kvalitetssäkring varierar mellan verksamheter och förefaller vara relativt personbundna.

Sammantaget saknas ett ägarskap över frågor om datakvalitet och hantering av vårddata. Detta bedömer vi vara en väsentlig brist.

Utifrån granskningens iakttagelser ger vi hälso- och sjukvårdsnämnden följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör ett ramverk med mål, inriktning och prioriteringar rörande vårdstatistik och datakvalitet i ett övergripande perspektiv, för att säkerställa ett ägandeskap inom området. Detta inkluderar att tydliggöra roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetssäkring och kompetenshöjande insatser rörande hantering av data och vårdstatistik
- ▶ Säkerställ att tillförlitlighet och kvalitet i regionens vårddata värderas i arbetet med risk- och väsentlighetsanalyser på lämpliga nivåer i organisationen, för att identifiera om, och i så fall vilka, områden som borde bli föremål för kontroller/uppföljning
- ▶ Överväg att införa stickprovvis kontroll/uppföljning/granskning rörande säkerställande av kvalitet i vårddata, som komplement till den interngranskning som klassifikationsenheten genomför
- ▶ Utvärdera innehåll i och användning av Rapportportalen för att säkerställa ett uppdaterat och korrekt innehåll

Anja Nilsson Roos
Certifierad kommunal revisor
EY

Elin Rapp
Verksamhetsrevisor
EY

Rebecka Rask
Kvalitetssäkrare, Certifierad kommunal revisor Specialist
EY

Madelene Rundin Geuken
EY

Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens 1:e vice ordförande
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Enhetschef verksamhetsanalysenheten
- ▶ Verksamhetsanalytiker
- ▶ Enhetschef klassifikationsenheten
- ▶ Enhetschef Utveckling av användarstöd och journalsystem
- ▶ Chef, Region-IT kundgrupp hälso- och sjukvård
- ▶ Controller, Planering och ekonomi
- ▶ Ledningsstrateg, Slutenvård Sjukhuset Arvika
- ▶ Vårdadministratör, Barn- och ungdomsmedicin
- ▶ Vårdadministratör, Hjärt- och akutmedicin

Dokumentation

- ▶ Regionstyrelsens reglemente, 2023
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente, 2023
- ▶ Patientssäkerhetsberättelse 2024
- ▶ Regionplan och budget 2025 med flerårsplan 2026–2027
- ▶ Internkontrollplan, 2024
- ▶ Internkontrollplan 2025
- ▶ Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan 2025
- ▶ Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan 2024
- ▶ Resultatmål och indikatorer 2025
- ▶ Månadsuppföljning hälso- och sjukvårdsnämnd - mars 2025
- ▶ Årsredovisning 2024 hälso- och sjukvårdsnämnden

Riktlinje

- ▶ Ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården

Rutiner

- ▶ Ansvarsområde kodare inom hälso- och sjukvården
- ▶ Ansvarsområde klassifikationsenheten
- ▶ Uppdrag och mål, kvalitetsstöd utveckling och användarstöd patientjournal

Lathundar, verksamhetsanalysenheten

- ▶ Exportera överbeläggning från SKR till rapportportalen
- ▶ Export av BHK-PPM data
- ▶ SVF data till PREM-uppföljning/Nationell patientenkät
- ▶ Uppdatering av kommunrapport kring sammanhållen vård
- ▶ Uppdatering av SVF90 Överflyttade och Mottagna från Värmland

Bilaga 1 – Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:725)

Kommunallagen reglerar regionstyrelsens och nämndernas uppgifter och ansvar. Fullmäktige beslutar om vilka verksamhetsområden nämnderna ska ansvara för. Regionstyrelsen har i uppdrag att leda och samordna regionens förvaltning samt ha uppsikt över nämndernas verksamheter. Nämnderna ska inom sitt område säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat, samt följa andra relevanta lagar som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar hur hälso- och sjukvården i Sverige ska bedrivas och syftar till att säkerställa god hälsa och vård för alla medborgare. Hälso- och sjukvården ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet, lättillgänglig samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården. 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 bevara den enskilda individens värdighet. Personer med det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vårdprocessen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Denna föreskrift och allmänna råd ska tillämpas i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten inom bland annat verksamhet som hälso- och sjukvården.

Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planerar, leder, kontrollerar, följer upp och förbättrar verksamheten.

Föreskriften anger att vårdgivaren ska utföra egenkontroll för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Detta kan innebära jämförelser av verksamhetens resultat med data från nationella eller regionala kvalitetsregister, samt med resultat från andra verksamheter och tidigare resultat inom den egna verksamheten. Resultaten från egenkontrollen ska leda till åtgärder som säkrar verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska även kontinuerligt göra riskanalyser för att identifiera händelser som kan orsaka brister i verksamheten.

Styrande dokument i regionen

Regionfullmäktige ska varje mandatperiod besluta om långsiktiga och övergripande effektmål. I regionplanen för 2025 framgår det att fullmäktiges effektmål är:

- ▶ Trygga och nöjda invånare
- ▶ Attraktivt och hållbart Värmland
- ▶ God, jämlik och jämställd hälsa
- ▶ Hållbar organisation

I regionplanen framgår det att nämnderna ska nå resultatmål baserade på effektmålen för den egna verksamheten.