

Regionens revisorer 2023-03-16

Till Regionstyrelsen för kännedom  
Driftnämnden Hallands Sjukhus för kännedom  
Driftnämnden Närsjukvård för kännedom

Regionfullmäktiges presidium för kännedom

## **Revisionsrapport Uppföljande granskning av fem granskningar genomförda 2019 - 2020**

Regionens revisorer har vid sitt sammanträde 2023-03-15 behandlat och godkänt bifogad revisionsrapport Uppföljande granskning av fem granskningar genomförda 2019 - 2020.

Granskningens syfte har varit att bedöma om granskade nämnder och regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar. Vi har i vår granskning biträtts av sakkunniga från PwC.

Uppföljningen har omfattat följande tidigare granskningar (berört revisionsobjekt inom parentes):

- Standardiserade vårdförlopp cancervården (RS)
- Kris- och katastrofberedskap (RS)
- Astma/KOL (RS, DN HS, DN NSV))
- Medicinskteknisk utrustning (RS)
- Implementering av läkemedel (RS)

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att granskade nämnder och regionstyrelsen **i allt väsentligt** vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Granskningen har haft sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Granskningen har således fokuserat på av revisorerna givna rekommendationer, det svar som respektive granskningsobjekt avgett samt det arbete och de åtgärder som gjorts utifrån dessa.

Rapporten översänds för kännedom.

För regionens revisorer

Jan-Erik Martinsen

Lena Olofsdotter

Eva Hudin

Gösta Gustafsson

Tobias Eriksson

Lars Oskarsson

Bilaga: Revisionsrapport Uppföljande granskning av fem granskningar genomförda 2019 - 2020.

# Deltagare

REGION HALLAND 232100-0115 Sverige

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-16 15:34:14 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: JAN-ERIK MARTINSEN

Datum

Jan-Erik Martinsen  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-16 18:09:17 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: Rasmus Emil Tobias Eriksson

Datum

Tobias Eriksson  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-22 14:10:18 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: LENA OLOFSDOTTER

Datum

Lena Olofsdotter  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-19 21:18:22 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: GÖSTA GUSTAFSSON

Datum

Gösta Gustafsson  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-16 08:35:43 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: EVA HUDIN

Datum

Eva Hudin  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

2023-03-20 07:09:00 UTC

Namn returnerat från Svenskt BankID: LARS OSKARSSON

Datum

Lars Oskarsson  
Förtroendevald revisor

Leveranskanal: E-post

# Uppföljande granskning av fem granskningar genomförda 2019-2020

**Region Halland**

Mars 2023

*Louise Tornhagen, certifierad kommunal revisor*

*Sofie Plomér Sundqvist, revisionskonsult*

*Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning















PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en samlad uppföljande granskning av fem tidigare fördjupade granskningar från 2019-2020. Granskningens syfte har varit att bedöma om granskade nämnder och regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att granskade nämnder och regionstyrelsen **i allt väsentligt** vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga.

Granskning	Har synpunkter och förslag till åtgärder besvarats?		Har synpunkter och förslagen åtgärdats?	
Implementering av läkemedel	Ja		Ja	
Kris- och katastrofberedskap	Ja		Ja	
Medicinteknisk utrustning	Ja		Ja	
Standardiserade vårdförlopp i cancervården	Ja		Ja	
Astma/KOL	RS Ja		RS Ja	
	DN HS Ja		DN HS Ja	
	DN NSV Ja		DN NSV Delvis	

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	3
<b>Bakgrund</b>	3
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	3
<b>Avgränsning</b>	3
<b>Metod</b>	4
<b>Granskningsresultat</b>	5
<b>Implementering av läkemedel (RS)</b>	5
<b>Kris- och katastrofberedskap (RS)</b>	7
<b>Medicinteknisk utrustning (RS)</b>	11
<b>Standardiserade vårdförlopp i cancervården (RS)</b>	14
<b>Astma/KOL (RS, DN NSV, DN HS)</b>	17

# Inledning

## Bakgrund

Revisorerna i Region Halland granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Enligt SKR:s styrdokument God revisionsred i kommunal verksamhet 2022 påtalas även vikten av att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. SKR skriver vidare att uppföljningen kan genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Vid genomgång av de granskningar som genomfördes under revisionsår 2019 och 2020 har revisorerna identifierat fem fördjupade granskningar där det föreligger behov av en samlad uppföljning.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om granskade nämnder och regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

## Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av ett urval av granskningar genomförda åren 2019–2020. Totalt genomförs en uppföljning av fem granskningar (berört revisionsobjekt inom parentes):

- Standardiserade vårdförlopp cancervården (RS)
- Kris- och katastrofberedskap (RS)
- Astma/KOL (RS, DN HS, DN NSV))
- Medicinskteknisk utrustning (RS)
- Implementering av läkemedel (RS)

## Metod

Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar för respektive granskning genom skriftlig dialog med berörda tjänstemän och/eller politiker. Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.

Granskningen har genomförts genom:

- Introduktion till hälso-och sjukvårdsdirektör och regiondirektör samt funktionsbrevlådeadress till regionkontoret.
- Utskick av skriftliga frågor till funktionsbrevlådeadress till regionkontoret.
- Regionkontoret har därefter via utsedd strateg kommunicerat PwC:s frågor till verksamheterna. Det är förvaltningarna och processerna som svarat Regionkontoret.
- PwC har efter genomgång av svar ställt kompletterande frågor och begärt in verifieringar av dessa.
- Dokumentstudier och genomgång av relevanta protokoll, beslut och handlingar.
- Sakavstämning via funktionsbrevlådeadress till regionkontoret. Regionkontoret har därefter skickat ut rapporten för sakavstämning till berörda förvaltningar.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwCs rutiner för kvalitetssäkring.



# Granskningsresultat

## Implementering av läkemedel (RS)

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?*

### *Granskningsresultat*

Revisorerna har i samband med upprättad revisionsplan 2020 sett behov av att granska regionens implementering av nya läkemedel inom ramen för ordnat införande. Efter genomförd granskning var revisionens samlade bedömning att processen för introduktion av nya läkemedel delvis var ändamålsenlig och med en tillräcklig intern kontroll.

I granskningen framkom att det fanns en ändamålsenlig process för ordnat införande med en koppling till den nationella processen. Revisionen såg dock brister i att nya läkemedel som inte var implementerade inom ramen för ordnat införande inte omfattades av samma kontroll. Av granskningsrapporten framgick att det också fanns ett behov av en kontinuerlig uppföljning av läkemedel både med koppling till ordnat införande och huruvida regionen avviker i förhållande till andra, men även läkemedel som introduceras utanför ordnat införande.

Revisionen lämnade följande rekommendationer:

- Upprätta och implementera dokumenterade rutiner och redogörelser över ansvar och roller för att introducera läkemedel
- Förtydliga ansvaret till verksamhetscheferna samt fortsätta det kontinuerliga arbetet med övergång till kostnadseffektiva läkemedel
- Förstärka stödet till verksamheterna i uppföljningsarbetet

### *Yttrande från regionstyrelsen*

Regionstyrelsen inkom med ett yttrande 2021-03-23. Regionstyrelsen delar revisionens bedömning och instämmer i rekommendationerna. I yttrandet har regionstyrelsen gett regionkontoret och ansvariga uppdrag kopplat till revisorernas bedömningar och rekommendationer. Av yttrandet framgick följande åtgärder:

- Regionstyrelsen avser att uppdra åt Regionkontoret att skapa ett ramverk för införande av de läkemedel som inte hanteras inom ramen för nationellt ordnat införande.
- För att verksamhetschefens ansvar ska tydliggöras avser Regionstyrelsen att uppdra åt Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Närsjukvård, Driftnämnd Psykiatri respektive Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa att skapa rutiner som redogör för ansvar och roller för introduktion av läkemedel som inte har koppling till den nationella processen för ordnat införande.
- För att fortsätta övergången till kostnadseffektiva läkemedel uppdrar Regionstyrelsen åt Regionkontoret att ta fram uppföljningsrapporter för de läkemedel där beslut gällande ordnat införande fattas.
- För att förstärka stödet till verksamheterna i uppföljningsarbetet avser Regionstyrelsen att uppdra åt Regionkontoret att ta fram ett "baspaket" för

uppföljning av verksamhetens läkemedelsanvändning som inkluderar uppföljning av läkemedel via ordnat införande.

- I tillägg uppdrar Regionstyrelsen åt Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Närsjukvård, Driftnämnd Psykiatri respektive Driftnämnd Ambulans, diagnostik och Hälsa att följa upp sin förvaltnings läkemedelsanvändning.

### *Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### *lakttagelser*

Som ett led i granskningen har vi bitt Region Halland redogöra för hur arbetet med ovanstående åtgärder fortskrider. Regionkontoret har inkommit med ett yttrande där det framgår att regionala och lokala processer och rutiner för implementeringen av nya läkemedel har uppdaterats och kompletterats i enlighet med revisionsrapporten.

Av yttrandet framgår att arbetet med att skapa en robust uppföljning av läkemedel pågår på regionövergripande nivå såväl som inom verksamheterna. Som exempel lyfts det pågående uppdraget till Regionkontoret att ta fram ett baspaket för uppföljning av verksamheternas läkemedelsanvändning via ordnat införande.

Vi har även ställt några kompletterande frågor kring vidtagna åtgärder varigenom det framkommit att Region Halland har skapat ett ramverk för införandet av läkemedel som inte hanteras inom ramen för nationell kunskapsstyrning, utan via styrande dokument. Ramverket framgår av rutinen "Ordnat införande - ny kunskap, läkemedel och medicinteknik" som även redogör för vem som är ansvarig för införandet. Rutinen fastställdes senast 2022-10-04 av regional samordnande chefläkare.

Det finns även en framtagen rutin för "Ordnat införande - ny kunskap, läkemedel och medicinteknik inom Hallands sjukhus" som bygger på ovan nämnda rutin och som ska tillämpas av verksamhetschefer vid "ickekunskapsstyrnings-stipulerade" förändringar i sin verksamhet. Rutinen är fastställd av förvaltningschef och daterad 2023-01-04.

Regionstyrelsen har behandlat åtgärderna enligt nedanstående tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2021-05-12	§53 Regionstyrelsen beslutar att avge yttrande, gällande granskning av implementering av nya läkemedel, i enlighet med Regionkontorets förslag. Regionstyrelsen uppdrar Regionkontoret att skapa ramverk för införande av läkemedel som inte hanterats via nationellt ordnat införande, att tillsammans med berörda verksamheter ta fram uppföljningsrapporter för läkemedel som hanteras via ordnat införande samt att ta fram ett baspaket för uppföljning av läkemedel som inkluderar uppföljning av läkemedel via

	<p>ordnat införande.</p> <p>Regionstyrelsen uppdrar Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri, Driftnämnd Närsjukvård och Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa att skapa rutin som beskriver ansvar och roller för introduktion av läkemedel som inte har koppling till nationellt ordnat införande. Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri, Driftnämnd Närsjukvård och Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa får även i uppdrag att följa upp verksamhetens läkemedelsanvändning. Finansieringen ska ske inom respektive förvaltnings budgetram.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen via sitt yttrande som inkom 2021-03-23 har besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder.
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja Av yttrandet framgår att ett ramverk har tagits fram som beskriver processen för implementering av nya läkemedel som inte har koppling till den nationella processen. Berörd verksamhetschef ansvarar för införande och implementering av ny kunskap, läkemedel och medicinteknik, samt för att det finns rutin/-er för detta. Hallands sjukhus och Ambulans, diagnostik och hälsa följer upp läkemedelskostnader.

### Kris- och katastrofberedskap (RS)

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?*

#### Granskningsresultat

Granskningen av kris- och katastrofberedskap visade att regionstyrelsen delvis har säkerställt att arbetet med kris- och katastrofberedskap sker i enlighet med lagstiftning och myndigheters riktlinjer. Det finns en ändamålsenlig organisation för kris- och

katastrofledning/beredskap och regionen arbetar med samverkan på ett ändamålsenligt sätt. Revisionen fann däremot brister gällande regionens viktiga styrande dokument, övning och utbildning, samt gällande sjukhusets robusthet.

Utifrån de brister som granskningsrapporten uppmärksammat fanns det ett behov av en kontinuerlig uppföljning av regionens arbete med dokumentation, risk- och sårbarhetsanalys, övning och utbildning samt vad gäller robustheten inom sjukhusets försörjningssystem.

Följande rekommendationer lämnades av revisionen:

#### *Dokumentation:*

- Säkerställ att regionens dokumentation för kris- och katastrofberedskap är uppdaterad, reviderad och beslutad. Säkerställ särskilt att det framgår vilka personer och ersättare som ingår i Krisledningsnämnden, utan att annan dokumentation behöver tillfrågas.
- Färdigställ den katastrofmedicinska beredskapsplanen. Vidare, säkerställ särskilt att den harmonierar med den risk- och sårbarhetsanalys som parallellt är under framtagande, så att dokumenten inte blir autonoma.
- Överväg att uppdatera kriskommunikationsplanen, samt säkerställ att denna är känd i verksamheten.
- Överväg att sammanställa information om regionens kris- och katastrofberedskap i ett övergripande dokument. Detta för att skapa en översikt och tydlighet.
- Överväg att ta bort uppdelningen mellan "planering" och "ledning" i krisorganisationen.

#### *Risk- och sårbarhetsanalys:*

- Förtydliga arbetsprocessen med RSA och identifierade åtgärdsförslag. Mer specifikt bör valet av risker som djupanalyserats förtydligas i RSA, samt att arbetsprocessen förtydligas och dokumenteras för hur arbetet sker med att genomföra de identifierade åtgärdsförslagen. Arbetsprocessen bör innefatta tydliga roller och ansvar för genomförande och uppföljning, samt tydliga tidsgränser för genomförande.

#### *Övning och utbildning:*

- Ta fram en plan för övnings- och utbildningsaktiviteter på en övergripande nivå och efter önskad ambitionsnivå. Övnings- och utbildningsverksamheten bör anpassas efter organisationens nuvarande krishanteringsförmåga, behov samt framtida målsättningar avseende förmåga.
- Vidare bör rutiner tas fram för att dokumentera och utvärdera genomförda aktiviteter, samt för att säkerställa att samtliga relevanta roller genomför lämpliga aktiviteter.

#### *Robusthet i sjukhusets försörjningssystem:*

- Färdigställ kontinuitetsplaner för att säkerställa sjukhusens drift i kritiska försörjningssystem. Som en del i arbetet bör förteckning över prioriterade enheter inom sjukhusen upprättas, vilken kan användas som underlag till utvecklande av kontinuitetsplaner för kritiska försörjningssystem.

- Avseende vattenförsörjning bör detaljerade nödplaner från respektive vattenleverantör begäras in och integreras med kontinuitetsplaner. Exempelvis hur leverantören förväntas bidra med transport av vatten vid en krissituation.
- Säkerställ att identifierade åtgärdsförslag i risk- och sårbarhetsanalysen omhändertas kopplat till att säkerställa sjukhusens drift i olika försörjningssystem.

### *Yttrande från regionstyrelsen*

Regionstyrelsen svarade på rapporten den 2020-03-18. Av yttrandet framgick följande åtgärder:

- En revidering pågår av den kris- och katastrofmedicinska planen som förväntas bli antagen Q2 2020. I samband med detta planeras även en gallring bland styrande dokument. Säkerhetsavdelningen är ansvarig för upprättandet av den kris- och katastrofmedicinska planen och arbetet sker i samverkan med förvaltningarna.
- Kriskommunikationsplanerna planeras att uppdateras under våren 2020. Kommunikationsavdelningen är ansvarig för uppdateringen.
- Identifierade brister i RSA, Risk- och sårbarhetsanalysen, 2019–2022, samt återstående brister från RSA 2015–2018 omhändertas i en handlingsplan som upprättas och följs upp av säkerhetsavdelningen. Berörda förvaltningar ansvarar för sina delar av planen.
- En övnings- och utbildningsplan har upprättats för nyckelpersoner inom regionens krisledning år 2020 samt med plan för 2021–2024.
- Samtliga aktiviteter i övnings- och utbildningsplanen ska administreras via Kompetensportalen för att möjliggöra för bland annat utvärdering och närvarokontroll. Säkerhetsavdelningen är ansvarig för att upprätta och följa upp övnings- och utbildningsplanen. Berörda förvaltningar är ansvariga för att se till att sin krisledning har medarbetare som har deltagit i övningar och utbildningar.
- Handlingsplanen till RSA ska bland annat innehålla kontinuitetsplanering för dricksvattenförsörjning.

### *Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### *lakttagelser*

Som ett led i granskningen har vi bitt Region Halland redogöra för hur arbetet med ovanstående åtgärder fortskrider. Regionkontoret har inkommit med ett yttrande. Enligt yttrandet har Region Halland reviderat och beslutat om den kris- och katastrofmedicinska planen. Planen antogs däremot inte under Q2 2020 som angetts i svaret till revisionsrapporten, utan vid regionstyrelsens sammanträde 2022-06-08 § 96.

Enligt yttrandet så har även regionen i linje med rekommendationerna uppdaterat kriskommunikationsplanerna samt infört arbetet med risk- och sårbarhetsanalys i den kris- och katastrofmedicinska planen. Region Halland aktivt arbetar med nästa risk- och sårbarhetsanalys (RSA) som rapporteras vart fjärde år med nästa inlämning i oktober 2023.

Gällande rekommendationerna kopplat till robustheten i sjukhusets försörjningssystem så framgår det av yttrandet att det finns både pågående och avslutade arbeten,

ytterligare specifikationer framgår inte av yttrandet. I Region Halland pågår även en ambitionsökning i sjukhusens robusthet. Det pågår också ett arbete med att stärka försörjningsberedskap. På kort sikt ska det finnas en materiell grunduthållighet om minst en månad avseende försörjning av medicintekniska produkter och personlig skyddsutrustning på kort sikt. På längre sikt är ambitionen att denna period istället utökas till tre månader.

Vi har även ställt ett antal kompletterande frågor varpå det framkommit att en handlingsplan för Risk- och sårbarhetsanalys är fastställd av säkerhetsledningen för år 2023. Som ett led i detta har vi även tagit del av en presentation som redogör för processen framåt för arbetet med RSA. Det framgår vidare av svaret att den katastrofmedicinska planen utgör beslutsdokumentet för RSA. Planen beskrivs som en risk- och sårbarhetsanalys med tillhörande åtgärdsplan som inrapporteras under mandatperiodens första år till Socialstyrelsen, Länsstyrelsen och MSB.

I svaret till de kompletterande frågorna uppges även att styrande dokument hanteras i enlighet med dokumentet "104 Dokumenthantering och styrande dokument" varvid de har ersatts, reviderats eller avpublicerats. Beslut om gallring finns i dokumenthanteringsplanen. Vem som har rätt att fatta beslut om gallring framgår ur arkivreglementet.

Det framgår vidare av svaret på de kompletterande frågorna att Region Halland har infört en process för utbildning och övning inom säkerhet, vilket innefattar uppföljning av planerade utbildningar och övningar inom krisberedskap såväl som civilt försvar. En utbildnings- och övningsplan för krisberedskap och civilt försvar finns framtagna i Excel format för åren 2020-2024. I denna ingår en kontinuerlig uppföljning av deltagande. Detta sker i samband med genomgång av kursutvärderingar.

Regionstyrelsen har enligt genomförd protokollgenomgång behandlat synpunkterna och förslagen enligt följande tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2020-04-08	§44 Regionstyrelsen beslutar att avge yttrande enligt förslag avseende revisionsrapport kris- och katastrofberedskap
2022-06-08	§ 96 Regionstyrelsen beslutar att fastställa Region Hallands kris- och katastrofmedicinska plan.

### *Bedömning*

<b>Revisionsfråga</b>	<b>Bedömning</b>
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen har inkommit med ett yttrande 2020-03-18 som i stora drag besvarar revisorernas synpunkter.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja Utifrån inkommen dokumentation bedömer vi att synpunkterna och förslagen i huvudsak har åtgärdats.
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Medicinteknisk utrustning (RS)

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?*

### Granskningsresultat

Revisionens samlade bedömning var att regionstyrelsen inte helt hade en ändamålsenlig styrning och uppföljning av anskaffning, användning och förvaltning av medicinteknisk utrustning. Det fanns styrande dokument gällande anskaffning av medicinteknisk utrustning och ny teknik i form av budgetdokument, verksamhetsplaner och processbeskrivningar, som hade kommunicerats till verksamheten, men det saknades en tydlig och gemensam investeringsprocess för medicinteknisk utrustning. Revisionen fann vidare att en del av inköpen skett utanför ramavtal.

Granskningen noterade att det fanns ett behov av en kontinuerlig uppföljning av medicinteknisk utrustning, både gällande investeringsprocessen såväl som uppföljningen av avtalstrohet.

Revisionen lämnade följande rekommendationer:

- ta fram samlade och regionövergripande dokument för samtliga investeringar i regionen
- tillse att det finns någon funktion i regionen som har en övergripande helhetsbild över när det är dags att göra reinvesteringar
- koppla in såväl Medicinsk Teknik som Regionfastigheter tidigare i investeringsprocessen
- tillse att samtliga verksamheter i regionen har ett gemensamt investeringsverktyg för att på så vis öka möjligheten att få en tydlig och samlad överblick över hela Region Hallands investeringar
- överflyttade upphandlingar från ett år till ett annat föregås av risk- och konsekvensanalys
- i den mån det är möjligt att säkerställa att det förbrukningsmaterial av engångskaraktär som kommer att användas tillsammans med den medicintekniska utrustningen upphandlas tillsammans
- genomföra regionövergripande behovsanalyser med inblandning från MTH såväl som från verksamheterna
- genomföra hälsoekonomiska analyser i samband med anskaffning av medicinteknisk utrustning
- tillse att uppföljning av avtalstrohet genomförs

Regionstyrelsen svarade på rapporten 2020-03-18. Av yttrandet framgick följande:

- Regionstyrelsen beslutade 2020-06-03 om en ny riktlinje för investeringar som vid tidpunkten för yttrandet inte implementerats. Riktlinjen förväntas tydliggöra investeringsprocessen, från planering till genomförande, liksom uppföljningen.
- Regionkontoret ska utifrån beslutad riktlinje ta fram ett regionövergripande dokument som beskriver hela investeringsprocessen, ansvarsfördelningen mellan verksamheterna och Regionkontoret, när verksamheterna och berörda parter bör involveras samt ett årshjul med de olika arbetsmomenten.
- En arbetsgrupp ska tillsättas som utöver det regionövergripande dokumentet även ska ta fram rutiner för att skapa en helhetsbild över när det är dags att reinvestera.
- Finns en plan för implementering av Permit på Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH), även om ADH anser att det finns fördelar med befintlig rutin. Regionfastigheter använder ett separat fastighetssystem men det finns möjlighet att få en bättre bild av regionens samlade investeringar via ett gemensamt system. Implementeringen av ett sådant system kräver dock mycket tid och resurser men det skulle öka den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen. Genom att använda Permit skapas även bättre förutsättningar för att se till att både Medicinsk Teknik Halland och Regionfastigheter kopplas in tidigare i investeringsprocessen
- Försenade och överflyttade upphandlingar mellan åren riskerar att påverka investeringsplanen. Risken kan minskas genom fortsatt tillämpning av ombudgetering av investeringsplanen i årsbokslutet, varvid ej nyttjade medel i fleråriga projekt flyttas över till kommande års investeringsplan genom fullmäktigebeslut
- Gränssnitt och ansvar mellan verksamheterna och Regionupphandling kan förtydligas i en utvecklad och förtydligad process
- Tydliggöra uppföljningen av efterlevnaden till investeringsprocessen i arbetet med den systematiska internkontrollen
- Genom utvecklad användning av Permit kan stöd erhållas för livscykelanalyser (nytta och kostnader) vilket bör ske i samband med anskaffning av medicinteknisk utrustning. Detta kräver dock att metodiken utvecklas.
- Identifierat behovet av utredning gällande regionens gemensamma arbete med bland annat kategoristyrning samt gällande olika typer av analyser inför upphandlingar, inom delprocessen för inköps- och upphandlingsanalys. Arbetsformerna behöver även fastställas och etableras.
- Utveckla metod och rutiner för en mer regionövergripande uppföljning av avtalstrohet. Genom stickprov i den interna kontrollen kan en bättre uppföljning även uppnås. I verksamheten genomförs regelbundet och vid behov uppföljningar avseende funktionalitet och kvalitet, pris, resursåtgång och driftsäkerhet tillsammans med leverantörerna.

### *Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

#### *lakttagelser*

Som ett led i granskningen har vi bitt Region Halland redogöra för hur arbetet med ovanstående åtgärder fortskrider. Regionkontoret har inkommit med ett yttrande. Av yttrandet som vi tagit del av gällande hur Region Halland och dess verksamheter arbetat med föreslagna åtgärder framgår att ett regionövergripande arbetssätt upprättats för att prioritera och hålla ihop investeringsprocesserna. För att tydliggöra planering och analys av sammanhållet investeringsbehov har även årshjul och delprocesser utvecklats.



Genom styrdokument i ledningssystemet har processen för inköp enligt yttrandet förtydligats. Detta som ett led i att tydliggöra ansvarsfördelning och befogenheter men även för att skapa en vägledning i processen. Dokumentet ska ha tagits fram för att åstadkomma en ändamålsenlig, sammanhållen och väl fungerande inköp och upphandlingsverksamhet med ekonomisk balans och goda förutsättningar för hållbar utveckling. I dokumentet "305 - Inköp och upphandling" beskrivs beslutsgången för inköpsprocessen samt ansvar och befogenhet för olika roller. Dokumentet är fastställt av ekonomidirektör och daterad 2020-09-15.

Enligt yttrandet har en processorganisation med flertalet processteam startat för att utveckla den regionala stödprocessen för inköp. Tillsammans med upphandlingschef leder även processledarna ett strategiskt inköpsforum för att stödja den regiongemensamma utvecklingen av inköpsverksamhet, i linje med beslutad inköpspolicy. Det ska även finnas en framtagna rutin för avtalsuppföljning vilket bekräftas av blanketten "Avtalsuppföljning" som beskriver aktiviteter kopplat till uppföljningen samt redogör för uppföljningens frekvens. Blanketten är fastställd av ekonomidirektör och daterad 2018-01-30.

Vi har även ställt ett antal kompletterande frågor varpå det framkommit att det finns rutiner för reinvestering i form av investeringsplaner som sträcker sig 10 år fram i tid. Planerna anger dels när investeringar väntas genomföras, dels till vilket totalbelopp. Vi har inte tagit del av investeringsplanerna inom ramen för granskningen.

Det framgår vidare av svaret på de kompletterande frågorna att Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa använder Permit från och med 2023. Region Halland planerar även att under 2023 stärka inköps- och upphandlingsavdelningens arbete genom att utöka med en avtalscontroller. Detta för att stärka det regionövergripande arbetet med uppföljning av avtalstrohet men även uppföljning av leverantörer.

Vi har därutöver tagit del av ett årshjul som redogör för hållpunkterna i arbetet med planering och uppföljning samt en processkarta över investeringsprocessen.

I Regionstyrelsens internkontrollplan för år 2022 har risken för större avvikelser kopplat till investeringar lyfts. Som kontrollmoment har man valt att vid uppföljningsrapport (UR) 1 2022 kontrollera större projekt i dels UR2 2021 gällande prognos i förhållande till budget, dels i årsbokslutet för 2021 gällande utfall i förhållande till budget.

Regionstyrelsen har behandlat åtgärderna enligt nedan tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2020-10-14	§146 Regionstyrelsen beslutar att anta förslag till yttrande gällande svar på revisionsrapport - Anskaffning av medicinteknisk utrustning § 153 Regionstyrelsen beslutar att ge regiondirektören i uppdrag att inrätta en central upphandlingsfunktion med placering på regionkontorets ekonomiavdelning. Uppdraget innebär en överflyttning av

	<p>upphandlingsorganisation från Driftnämnden Regionsservice till regionstyrelsen. Regionstyrelsen beslutar vidare att uppdra regionkontoret att lägga förslag till justeringar av berörda nämnders reglementen och delegationsordning för styrelsen som följer på ändringen. Styrelsen beslutar även att anteckna att förändringen kommer att ske i samverkan mellan berörda parter och i nära dialog med de fackliga organisationerna. Organisationsförändringen ska träda ikraft i anslutning till årsskiftet 2020/2021</p>
2020-11-25	<p>§ 178 Regionstyrelsen beslutar att föreslå regionfullmäktige att besluta att införa följande tillägg i regionstyrelsens reglemente § Upphandling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regionstyrelsen ansvarar för att leda och samordna den regionala inköps- och upphandlingsverksamheten och för den samlade inköpsprocessen.</li> <li>- Regionstyrelsen ansvarar för att lämna förslag till policyer och besluta om riktlinjer inom inköps- och upphandlingsområdet, samt genomföra och följa upp upphandlingar</li> </ul>

### Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen via sitt yttrande som inkom 2020-10-08 har besvarat majoriteten av revisionens synpunkter och förslag.
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja. Av både yttrandet och svaret på de kompletterande frågorna som regionen inkommit med framgår att flertalet av de föreslagna åtgärderna har vidtagits. Vi ser positivt på det arbete som regionen genomför inom granskningsområdet. Det pågår en implementering av Permit inom Driftnämnd Ambulans, diagnostik och hälsa.

## Standardiserade vårdförlopp i cancervården (RS)

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?*

### *Granskningsresultat*

Granskningen visade att regionstyrelsen i allt väsentligt säkerställer att cancervården sker i enlighet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Det fanns en ändamålsenlig organisation för implementering och utveckling av SVF, samt en tydlig ansvarsfördelning och samverkan mellan specialiserad vård och primärvård. Granskningen visade också att det fanns en utarbetad och strukturerad process för hur stimulansmedel för arbetet med SVF skulle fördelas, dock har det förekommit fall då medlen inte fördelats i linje med dessa. Vidare noterade revisionen att ledtiderna för flera av de SVF:erna som införts har kortats ner, men att den totala ledtiden för samtliga SVF:erna har sett ut att öka av oklar anledning. Granskningen noterade inga undanträngningseffekter men betonade vikten av ett fortsatt arbete med kapacitetsbrister.

Av granskningsrapporten framgår att det finns ett behov av en kontinuerlig uppföljning av standardiserade vårdförlopp i cancervården, både gällande ledtiderna för SVF: er, och statistiken över antalet patienter i standardiserade vårdförlopp, men även gällande arbetet med kompetens- och kapacitetsbrister.

Revisionen lämnade följande rekommendationer:

- Säkerställa en löpande analys av ledtider inom SVF för att utifrån identifierade brister i analysen kunna vidta adekvata åtgärder.
- Säkerställa en korrekt registrering av patienter i standardiserade vårdförlopp för att statistiken ska utgöra ett rättvisande underlag för utvärdering och vidareutveckling av arbetet med standardiserade vårdförlopp.

### *Yttrande*

Regionstyrelsen svarade på rapporten 2019-11-20. Av yttrandet framgick följande åtgärder:

- Det finns arbetssätt för att säkerställa att uppföljning och analys av delledtider inom SVF sker på ett strukturerat sätt i berörda förvaltningar. Utifrån vad dessa visar ska åtgärder vidtas för att förbättra och bibehålla ledtider. Uppdragen kommer att förtydligas till berörda förvaltningars driftsnämnder.
- Regionkontoret har en pågående dialog med RCC Syd och RCC Väst för att påtala brister i registrering/kodning på regionsjukhusen. Uppdraget till Regionkontoret behöver förtydligas.
- Det bedrivs ett kontinuerligt arbete med att säkerställa kompetens och kapacitet hos SVF-koordinatorerna på förvaltningarna. Uppdraget till Driftnämnd Hallands Sjukhus behöver förtydligas.

*Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?*

### *Iakttagelser*

Som ett led i granskningen har vi bitt Region Halland redogöra för hur arbetet med ovanstående åtgärder fortskrider. Regionkontoret har inkommit med ett yttrande. Av

yttrandet som vi tagit del av gällande hur Region Halland arbetar med synpunkter och rekommendationer från tidigare granskningar framgår att de arbetssätt som nämnts i revisionsrapporten utvecklats med aktiviteter inom förvaltningarna. Pandemin har däremot lett till att arbetet inte har kunnat pågå i den takt som planerats trots att arbetet med vårdförloppen varit i fokus under hela pandemin.

Enligt yttrandet har uppföljningar av delledtider inom cancervården genomförts och analyser har delgetts Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott i november 2020. Som ett resultat av detta har ett sjukhusövergripande processtöd för linjechefer och processledare tagits fram, ett arbete har påbörjats tillsammans med processledare för att förbättra ledtider inom förvaltningarna samt med effektivare handläggning och remisshantering.

Utifrån revisionens förslag har Region Halland fört en dialog med RCC Syd och RCC Väst om kodning. Rutinen för överföring av information till annan region har påtalats och kontaktvägar har tagits fram för att direkt kunna handlägga problem som berör kodning.

Vi har även ställt några kompletterande frågor varpå det framkommit att Driftnämnd HS formulerat uppdrag kopplat till SVF i sin verksamhetsplan. Av verksamhetsplanen för 2022 (antagen 2021-12-01 § 79) framgår att nämnden som utvecklingsområde har att "Säkerställa följsamhet till de regionala vårdprocesserna inom hjärtsjukvård och de standardiserade vårdförloppen för cancer".

Det framgår även av svaret att ansvaret för SVF:erna och kodningen övergick till förvaltningarna i samband med att den nationella satsningen på kortare väntetider inom cancervården avslutades 2019. Detta verifieras av den tjänsteskrivelse som vi tagit del av från Regionkontoret, daterad 2019-10-09.

Vidare framgår av svaret på de kompletterande frågorna att Regionkontoret ser till att nationella koder finns tillgängliga på vårdgivarwebben med länkar till hemsidan för Regionalt cancercentrum, samt att berörda verksamheter följer upp arbetet. Regionkontoret genomför två regionala nätverksmöten per år med koordinatörerna vilket innefattar diskussioner om kodning, samt framställer månadsrapporter avseende SVF till förvaltningarna för att stödja arbetet med delledtider. Det finns dessutom en framtagen rutin för dokumentation och kodning kopplat till SVF inom cancersjukvården som är fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektör och senast publicerad 2021-09-27.

Utöver detta efterfrågar Driftnämnden och får uppföljning på målstyrning och kvalitetsstyrning genom uppföljningsrapporterna 1 och 2 samt via årsredovisningen. I Region Hallands andra uppföljningsrapport för 2019 (godkänd av regionfullmäktige 2019-10-23 § 78) nämns det pågående arbetet inom Hallands sjukhus med att koppla uppföljningen av SVF-processerna till ordinarie uppföljning. Enligt uppföljningsrapport 1 för år 2021 (godkänd av regionfullmäktige 2021-06-23 § 70) startade Hallands sjukhus uppföljning av vårdprocesser enligt ny rutin hösten 2020, med rapportering och avstämning två gånger per år på samtliga verksamhetsnivåer. I uppföljningsrapporterna följs SVF upp utifrån utfall och målvärde.

Av Region Hallands uppföljningsrapport för januari- april 2022 (beslutad av fullmäktige 2022-06-22 § 64) framgår att Hallands sjukhus under mars månad har genomfört en

intern revision av SVF-koordinatorernas uppdrag, arbetssätt och kompetens. Enligt uppföljningsrapporten noterade den interna revisionen ett behov av sjukhus-övergripande åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för att nå nationella mål, bland annat kopplat till kodning. I arbetet framöver ingår att ta fram en grundläggande digital utbildning för SVF-koordinatorer, förbättra nätverksträffar samt förbättra det övergripande stödet för att bättre kunna analysera datarapporter och resultat.

Region Halland redovisar även arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) till Regionala cancercentrum som sammanställer och skickar vidare till Socialstyrelsen.

Regionstyrelsen har behandlat åtgärderna enligt nedanstående tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2019-11-20	§205 Regionstyrelsen beslutar att avge yttrande, gällande granskning av standardiserade vårdförlopp i cancervården, enligt förslag efter redaktionella ändringar.

### *Bedömning*

<b>Revisionsfråga</b>	<b>Bedömning</b>
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen via sitt yttrande som inkom 2019-11-20 har besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder.
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja. Vi bedömer att det pågår ett arbete med att följa upp och analysera delledtiderna inom SVF och gällande kodning samt med att säkerställa kompetens och kapacitet hos SVF-koordinatorerna.

### **Astma/KOL (RS, DN NSV, DN HS)**

*Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?*

#### *Granskningsresultat*

Granskningen visade att regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus och Driftnämnd Närsjukvård inte helt hade inrättat en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med de nationella riktlinjerna vad avser vården inom astma och KOL.

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till regionstyrelsen, Driftnämnd närsjukvård och Driftnämnd Hallands sjukhus:

- Säkerställ att uppgifter registreras i luftvägsregistret och Primärvårds Kvalitet (gäller endast primärvården). Detta skapar förutsättningar för uppföljning av vården.
- Tillse att en uppföljning av astma/KOL vården genomförs för att säkerställa att en jämlik vård samt att tillräckliga resurser läggs på dessa patientgrupper.

### Yttrande

Regionstyrelsen inkom med ett yttrande 2021-05-04. Av yttrandet framgår att Regionstyrelsen delar revisionens bedömning och instämmer delvis i rekommendationerna. I yttrandet uppdrar regionstyrelsen:

- Att Regionkontoret fortsätter utveckla kvalitetsuppföljning via vårdprocesser
- Att berörda enheter inom specialistvård och närsjukvård tillser att uppföljning sker för att möjliggöra och främja en jämlik vård.

Driftnämnd Hallands sjukhus inkom med sitt yttrande 2021-06-02 vilket inkluderade följande åtgärder:

- Driftnämnden delar revisorernas bedömning om att skriftliga behandlingsplaner och interprofessionell samverkan är ett fortsatt utvecklingsområde. De beskriver att arbetet med detta pågår och kommer fortgå vid Hallands sjukhus. Det pågår också åtgärder för revisorernas rekommendation om uppföljning och analys om måluppfyllelse och tillgänglighet.
- I yttrandet beskrivs vidare att det pågår ett arbete kring Hallands sjukhus samlade resurser ska användas så bra som möjligt för att ge invånarna jämlik vård, och att de vill reducera skillnader mellan utbudsorter i regionen. Arbetet innebär i stort en utveckling av gemensamma arbetssätt och gemensamma planeringslistor för utbudspunkterna i öppenvårdsverksamheten.
- Det beskrivs också innebära att läkarresurser kopplade till de olika utbudspunkterna anpassar och förstärks till patientflödet för att bättre möta hallänningens behov.

Driftnämnd Närsjukvård inkom med sitt yttrande 2021-06-16 vilket innehöll följande åtgärder:

- Driftnämnden Närsjukvård instämmer i att behandlingsplaner kan användas i högre utsträckning än det görs idag och tar med sig frågan till kommande arbete med verksamhetsplan och uppföljning 2022.
- De tar också med sig frågan om att säkerställa rapporteringen till centrala kvalitetsregister till kommande arbete med verksamhetsplan och uppföljning 2022.
- Driftnämnden Närsjukvård tar med sig rapportens rekommendation till arbetet med verksamhetsplan och intern kontroll 2022.

### Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

#### lakttagelser

Som ett led i granskningen har vi bett Region Halland redogöra för hur arbetet med ovanstående åtgärder fortskrider. Regionkontoret har inkommit med ett yttrande. Enligt

yttrandet som vi tagit del av gällande hur Region Halland arbetar med ovanstående synpunkter och förslag så har regionen åtagit sig att säkerställa registeruppgifter, öka behandlingsplaner samt skapa uppföljning för jämlik vård. Dessutom har användandet av behandlingsplaner ökat efter revisionsrapporten. Uppföljning av nämnd sker i enlighet med ordinarie uppföljningsprocess där olika nivåer inom organisationen och driftnämnden involveras utifrån lämplig systemnivå. Inom Hallands sjukhus och Närsjukvården förväntas arbetssätt utvecklas kontinuerligt, vilket beskrivs ligga inom ramen för chefsorganisationens verkställighetsansvar.

Det framgår vidare av yttrandet att ett löpande uppföljningsarbete pågår inom regionens kunskapsprocesser med stöd av kvalitetsregister för att säkerställa jämlik vård och resursfördelning via ett ordnat införande av personcentrerade vårdförlopp. Uppföljningen av vissa parametrar såsom spirometrier har påverkats av pandemin vilket försvårat arbetet med att utföra säkra mätningar. Processgruppen för Astma/KOL ska även fortsatt ha ett uppdrag.

Vi har även inom ramen för granskningen ställt några kompletterande frågor varpå det framkommit att Region Halland använder sig av ett annat referensmaterial än det som används i kvalitetsregistret varvid siffrorna för patienter i Region Hallands inte är jämförbara med patienter i andra regioner. Ett arbete pågår just nu inom regionen för att ta fram uppföljningsverktyg för att kunna följa halländska patienter. Bland annat har möjligheten till en automatisk överföring från journalsystemet till det nationella kvalitetsregistret undersökts.

Det framgår vidare av svaret att det utvecklingsarbete som Driftnämnd Hallands sjukhus beskrivit i sitt yttrande till revisionsrapporten genomförts varvid gemensamma arbetssätt och ett förstärkt samarbete mellan Hallands sjukhus tre utbudsorter ska ha etablerats. Detta arbete ska ha lett till en ändamålsenlig följsamhet till riktlinjerna för astma och KOL, samt att patienterna får en vård som är individualiserad och behovsstyrd.

Hallands sjukhus ska även vid behov genomföra uppföljningar och analys utifrån egna verksamhetsdata vad gäller måluppfyllelse och tillgänglighet. Dessa uppföljningar är att se som ett komplement till de regelbundna uppföljningarna som genomförs utifrån nationella kvalitetsregister där fokus är på eventuella avvikelser.

I Driftnämnd Närsjukvårds verksamhetsplan och uppföljningar för 2022 framgår inte att vårdcentralerna arbetar för att förbättra registreringen till centrala register avseende astma och KOL. Det framgår däremot av svaret till de kompletterande frågorna att ett arbete pågår i Region Hallands processgrupp för Astma/KOL med att ta fram verktyg som kan användas till att kvalitetssäkra att patienter får en skriftlig behandlingsplan och att planen följs upp. Det framgår även av svaret att risken för att verksamheter inte registrerar uppgifter i register för Astma/KOL och luftvägsregister bedömdes som låg i det interna kontrollarbetet varvid risken inte tagits med i nämndens internkontrollplan.

Regionstyrelsen har behandlat synpunkterna och förslagen enligt nedan.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
--------------------------	------------------------------------

2021-06-09	§88 Regionstyrelsen beslutar att avge förslag till yttrande, gällande granskningen av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL, i enlighet med Regionkontorets förslag daterat 2021-05-04. Regionstyrelsen uppdrar åt Regionkontoret att fortsätta utveckla kvalitetsuppföljning via vårdprocesser. Vidare uppdrar styrelsen både Driftnämnd Hallands sjukhus och Driftnämnd Närsjukvård att tillse att uppföljning av astma/KOL vården sker för att främja en jämlik vård.
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Driftnämnd Hallands sjukhus har följt upp synpunkterna och förslagen enligt nedan tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2021-03-31	§15 Driftnämnden beslutar att notera protokollen/skrivelserna till protokollet med tillägg av inkommande revisionsrapport- Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL.
2021-06-02	§ 25 Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar att notera protokollen/skrivelserna till protokollet däribland revisionsrapporten - Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL. § 31 Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar att med godkännande lämna yttrande på revisionsrapport om granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL i enlighet med föreliggande förslag.
2021-06-30	§ 38 Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar att notera protokollen/skrivelserna till protokollet, däribland protokollsutdrag Regionstyrelsen 2021-06-09 §88 Svar på revisionsrapport Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL.
2022-02-16	§11 Information från sjukhuschefen vid Hallands sjukhus gällande pågående genomförandearbete att under 2022 realisera sjukhuschefsbeslut där fler av Hallands sjukhus kliniker får verksamhetsansvar på fler utbudsarter (Kungsbacka, Varberg, Halmstad) i syfte att stärka förutsättningar för jämlik vård utifrån behov, ensade patientvårdprocesser och ökad robusthet vad gäller kompetensförsörjning och erfarenhetsutbyte.
2022-06-01	§ 40 Information och statusuppdatering från



	sjukhuschefen vid Hallands sjukhus har lämnats till nämnden gällande bland annat det gående arbetet kring sjukhusets utvecklade ledningsorganisation där fler kliniker får patientverksamhet på fler utbudsorter.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Driftnämnd Närsjukvård har följt upp synpunkterna och förslagen enligt nedan tabell.

<b>Sammanträdesdatum</b>	<b>Yttrande/beslut/information</b>
2021-06-16	§49 Driftnämnden Närsjukvård beslutar om att svara på revisionsrapport - Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer för astma och KOL, enligt yttrande daterat 2021-06-03. Av ärendet framgår att registrering inom register för astma/Kol har påverkats under pandemin under året samt att vårdcentralerna arbetar för att förbättra registreringen. Detta kommer att tydliggöras i nämndens kommande verksamhetsplan och intern kontroll.

### Bedömning

<b>Revisionsfråga</b>	<b>Bedömning</b>
Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen via sitt yttrande som inkom 2020-05-04, Driftnämnd Närsjukvård via sitt yttrande 2021-06-16 samt Driftnämnd Hallands sjukhus yttrande 2021-06-02 har besvarat revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder.
Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?	Ja. Vi bedömer att regionstyrelsen har beslutat om de uppdrag som de nämnt i tidigare yttrande.  Ja. Driftnämnd Hallands sjukhus bedriver enligt protokollen ett arbete avseende utbudsorter. Enligt yttrandet arbetar regionen med att säkerställa jämlik vård och resursfördelning, samt att Hallands sjukhus vid behov uppges genomföra uppföljningar och analys utifrån egna verksamhetsdata vad gäller måluppfyllelse och tillgänglighet. Användandet av behandlingsplaner ska även ha ökat och processgruppen för astma/KOL

	<p>arbetar med att ta fram verktyg för kvalitetssäkring och uppföljning av behandlingsplaner.</p> <p>Ja/Delvis. Vi bedömer inte att Driftnämnd Närsjukvård har tagit med sig arbetet med registrering till centrala kvalitetsregister eller behandlingsplaner till arbetet med verksamhetsplan 2022 eller uppföljningar. Dett pågår det ett utvecklingsarbete avseende registrering till centrala kvalitetsregister samt gällande kvalitetssäkring och uppföljning av behandlingsplaner inom regionen.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2023-03-15

*Marie Lindblad*

*Louise Tornhagen*

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Revisorerne i Region Halland enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.