

Beskrivning av ledningssystem

1. Inledning

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Systemet möjliggör också ordning och reda i verksamheten.

Med hjälp av ledningssystemet får medarbetarna stöd i det dagliga arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera, förbättra och säkra kvaliteten i verksamheten.

Ledningssystemet omfattar verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet ([SOSFS 2011:9](#)):

1. planera
2. leda
3. kontrollera
4. följa upp
5. utvärdera
6. förbättra verksamheten

Vid planering av ledningssystemet bör kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper som är relevanta för verksamheten identifieras utifrån:

7. lagar och föreskrifter
8. brukares och patienters behov
9. egna definierade kvalitetskrav och -mål

Ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten.

Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv, att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning och att kontinuerligt förbättra verksamheter för att skapa värde för och tillgodose behov hos våra patienter och invånare så kostnadseffektivt som möjligt.

Regionområdet är i ständig förändring som ställer stora krav på välfungerande gemensamma rutiner och processer.

2. Organisation

Regionhälsan är en förvaltning inom koncernen Västra Götalandsregionen och ingår i det koncernövergripande ledningssystemet.

Hälso- och sjukvård beställs av den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN). OSN svarar för att omsätta den regionala hälso- och sjukvårdsstrategin i praktiken genom att fördela uppdrag till utförare.

Den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN) har till syfte att stärka fokus på långsiktighet och att möjliggöra för tydligare uppföljning av hur området utvecklas på längre sikt. SSN är Västra Götalandsregionens högsta sjukvårdspolitiska organ och är systemansvarig för den regionfinansierade hälso- och sjukvården.

Vård som bedrivs av Västra Götalandsregionen utförs av utförarstyrelser, exempelvis styrelsen för Regionhälsan.

Regionhälsan har regionområden och stabsfunktionerna HR, ekonomi, kansli, e-hälsa/utveckling/säkerhet och kommunikation. Därtill kommer en smittspårningsenhet.

Expertenheter följer de gemensamma processer och rutiner som finns inom VGR. Detta gäller frågor rörande ekonomi, HR/samverkan, patientsäkerhet med avvikelser i Medcontrol. Delegeringar finns. Tydligheter i roller och mandat. Arbete pågår fortlöpande.

En del i ledning och styrning är den regionala kunskapsstyrningen som vårt regionområde följer.

Vårt Kvalitetsledningssystem

Kvalitetsledningssystemet baseras på den nationella standarden ISO 9001:2015 och omfattar samtliga Expertenheter i Regionhälsan. Syftet med ledningssystemet är att systematiskt och

fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra arbetet.

Målet är en hög patientsäkerhet samt nöjda patienter och intressenter. Detta innebär bland annat följande:

- Planering av verksamheten – Ledningen ansvarar för att utforma verksamhetsmål utifrån övergripande mål och planer, tilldelar resurser samt står för nödvändig styrning och uppföljning. Planering sker vid ledningsmöten och uppföljning sker vid ledningens genomgång, se vidare under avsnittet ”Verksamhetsledning”.
- Genomföra verksamhet - Arbetet på Expertenheter utförs av personal med säkerställd kompetens och sker i enlighet med framtagna riktlinjer, rutiner och processflöden. Detta beskrivs under vårt avsnitt ”Vårt uppdrag”.
- Uppföljning av verksamheten – Uppföljning genomförs med hjälp av fastställda indikatorer och rutiner. Detta beskrivs i vår verksamhetsplan
- Utvärdering av resultat – Utvärdering sker i relation till formulerade mål, brister korrigeras och det skapas möjligheter till förbättringar, se avsnitt ”Förbättrings- och utvecklingsarbete”.

Delegeringsordning

Organisation

Regionområdeschef har en ledningsgrupp bestående av samtliga verksamhetschefer, ekonomi, HR och verksamhetsutvecklare. Varje verksamhet har en verksamhetschef och en medicinsk rådgivare.

Ledningsstruktur/grupper

Ledningsgruppsutveckling och chefshandledning är obligatoriskt och pågår kontinuerligt.

Facklig samverkan

Möten i Områdessamverkansgrupp (OSG) sker en gång i månaden. De fackliga representanterna är SACO (2), Vision (1) och Vårdförbundet (1).

Arbetsgrupper

Vi arbetar med utvecklingsfrågor i olika arbetsgrupper löpande. Resultat redovisas i ledningsgruppen.

Nätverk

Alla verksamheter ingår olika nätverk inom sina uppdragsområden.

- Beredning- och Implementeringsgrupp
- Forskarnätverk
- Nätverk administratörer Expertenheter
- [Rådet för psykisk hälsa](#)

3. Ansvar

Regionområdeschefen är ansvarig för att dokumentationen av ledningssystemet är tillräcklig utifrån behov, tillgänglighet och användbarhet. Alla medarbetare ansvarar för att tillämpa ledningssystemets styrande dokument (rutiner, riktlinjer och planer) samt att påtala behov av nya styrande dokument eller revision av gällande styrande dokument.

Regionområdeschef ingår i Förvaltningsledningen och ansvar för regionområdets övergripande kvalitetsutveckling.

Ledningens genomgång sker 1 gång per år.

Verksamhetschefer ansvarar för verksamhetsnära kvalitetsutveckling.

Medicinska rådgivares uppdrag beskrivs i [uppdragshandlingen](#).

Verktygen Plan och styr, SOFIA STYR och Medcontrol används.

4. Lagar förordningar och föreskrifter

Inom Västra Götalandsregionen (VGR) finns delar i ledningssystemet som har sitt ursprung i lagstiftningen eller standard. Dessa ledningssystem ses här som en del i det koncern- och förvaltningsövergripande ledningssystemet.

Exempel utgående från lagstiftningen;

10. [Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\)](#)
11. [Ledningssystem för systematiskt arbetsmiljöarbete \(ASF 2001:1\)](#)

Exempel utgående från VGR policyer

12. [Ledningssystem för miljö \(RS 2016-05464\)](#)
13. [Ledningssystem för säkerhet \(RS 2018-00129\)](#)

Se vidare Socialstyrelsens sammanställning över [föreskrifter](#) och [regler](#).

5. Uppdrag 2025-2027 från Operativa Hälso- och Sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan

Se vidare: Uppdrag 2025-2027 från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Regionhälsan [OSN-2024-00186](#)

6. Processer

Expertenheter ska ge stöd till den nära vården och bidra till omställningen främst inom områdena:

Aktivitetsförmågebedömningar, Hjälpmedel, Levnadsvanor, Migration, Psykisk hälsa, Sexuell hälsa, Smärta samt Våld i nära relationer.

Huvudprocesser

- Patientverksamheter
- Hälsofrämjande insatser
- Konsultation och handledning
- Kunskapsgenererande insatser och stöd
- Utbildningsinsatser
- Forskning och utveckling

7. Rutiner och riktlinjer

Ett styrande dokument är ett dokument som säkerställer att verksamheten leds, styrs och genomförs på ett sådant sätt att uppdrag och mål uppnås. Rutiner och riktlinjer ska bidra till kunskapsbaserad, högkvalitativ vård, bidra till att reducera kvalitetsbrister och underlätta införandet av ny kunskap. De ska uppfylla kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Styrande dokument ska upprättas eller behållas om det finns ett tydligt behov och syfte och en tydlig nyttoeffekt.

De styrande dokumenten förvaras och hanteras på samarbetsytor i SOFIA avsedda för styrande dokument (SOFIA STYR). De

regionala mallar som finns för styrande dokument på dessa samarbetsytor ska användas.

Styrande dokument hanteras i SOFIA STYR och samordnas av verksamhetsutvecklare tillsammans med ledningsgruppen. Regionområdets övergripande rutiner och verksamheternas egna rutiner publiceras på regionområdets SOFIA STYR och konsumeras antingen via [sökmotor för styrande dokument](#) eller via länkar på verksamheternas egna enhetsytor.

8. Kompetens och utbildning

Varje år tar Regionhälsan fram en kompetensförsörjningsplan för att identifiera var det saknas kompetens i verksamheten samt vilka åtgärder som pågår och planeras för att säkra framtida kompetensförsörjning. Planen sammanfattar olika faktorer som påverkar förvaltningens kompetensförsörjning och är ett underlag för analys, planering och genomförande av kompetensförsörjningsinsatser.

Verksamheterna arbetar aktivt med att behålla och utveckla sin personal. Den årliga ordinarie budgetplaneringen inbegriper kompetensförsörjningsplanens behov.

I arbetet med kommunikation och profilering av Regionhälsan som attraktiv arbetsgivare arbetar vi bland annat med att utveckla och implementera karriärsutvecklingsplaner för våra yrkesgrupper. För att utveckla vårt arbetsgivavarumärke arbetar vi bland annat med att göra Regionhälsan och dess verksamheter kända regionalt och internationellt.

- Inom Expertenheter behöver vi rekrytera personer med särskild expertis inom sitt kompetensområde
- Utbilda morgondagens medarbetare genom att erbjuda möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning. Fånga upp särskilt intresserade studenter och akademiker under utbildning. Ge möjligheter till forskning och utveckling.
- Forskning och klinik i samverkan
- Expertisen delar sin kunskap inom regionområdet och till övrig nära vård
- Unika kunskaper och kompetenser samutnyttjas inom regionområdet

9. Kvalitetssäkring

Det systematiska förbättringsarbetet innebär bland annat att göra förebyggande åtgärder, identifiera avvikelser, åtgärda dem och revidera processer, riktlinjer och rutiner så att avvikelser inte inträffar igen.

Patientsäkerhet och kvalitet ska vara centralt i hälso- och sjukvårdens ledningssystem.

Grundstenen är Socialstyrelsens samlingsbegrepp God vård som anger mål och kriterier för att följa upp sjukvårdens processer, resultat och kostnader - kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och i rimlig tid.

Kvalitet ska framför allt definieras ur ett patientperspektiv. För att nå dit måste patienten bli delaktig i sin egen vård och kunna påverka hur vården utformas.

Medcontrol används för avvikelserrapportering och analyseras löpande och rapporteras till verksamheten.

Regelbundna workshops varje vecka med temat ständiga förbättringar där inbjudna gäster och verksamhetschefer håller i kompetensöverföring.

9.1 Avvikelsehantering och händelseanalys

Enligt Patientsäkerhetslagen och Arbetsmiljölagen är vårdgivare skyldiga att bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete. I det systematiska säkerhetsarbetet ingår att ha rutiner för att identifiera, rapportera och dokumentera negativa händelser och tillbud, samt fastställa bakomliggande orsaker och åtgärda dessa.

Syftet med avvikelserrapportering är att öka patientsäkerheten och ständigt förbättra kvaliteten på vården. För en patientsäker vård behövs det stöd i arbetet och ett engagemang från chefer på alla nivåer. Avvikelsehanteringen behöver vara levande och inte minst viktigt är tydlig återkoppling i alla led.

Varje medarbetare som upptäcker en patient-, vårdrelaterad eller arbetsrelaterad avvikelse, en negativ händelse eller tillbud, som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada eller arbetsskada ska rapportera avvikelserna i MedControl PRO. Den som upptäcker en avvikelse ska vidta, om möjligt, omedelbara åtgärder.

Händelseanalys ska genomföras vid händelse som verksamhetschefen och medicinsk rådgivare i samverkan med chefläkare bedömer som allvarlig och vid anmälan enligt Lex Maria.

Vi följer VGR's rutiner och riktlinjer och rapportering i t ex Medcontrol och SALA. Loggranskning i journalsystemet följs upp via logg varje månad.

9.2 Egenkontroll

På förvaltningsnivå finns en plan för egenkontroll som gäller områdena – ekonomi, kansli, HR, patientsäkerhet, e-Hälsa och säkerhet samt Utvecklingsavdelningen. Planen följs upp två gånger per år och åtgärder planeras och vidtas utifrån utfall. Planen revideras årligen.

Egenkontroll inom områdena ekonomi, HR, patientsäkerhet och görs löpande enligt VGR's rutiner och riktlinjer. Egenkontroll görs även utifrån egna lokala rutiner löpande via internrevision.

Varje verksamhet ska bli journalgranskad årligen enligt [SOSFS 2011:9 kap 5, 2§ Egenkontroll](#).

9.3 Riskanalys

Inför större förändringar och i samband med övertag av ny verksamhet genomförs riskanalyser.

Under de två år som regionområdet har funnits har ledningen arbetat fokuserat med roller (beställare och utförare) och styrning (vårdöverenskommelsernas utformning och ekonomi). Inom våra verksamheter har vi olika förutsättningar. Målet har varit att hitta mer lika processer i detta arbete. Arbetar aktivt med risk- och konsekvensanalyser vid större förändringar.

9.4 Klagomålshantering

Alla inkomna patientklagomål ska snarast möjligt registreras i MedControl PRO av den som tar emot klagomålet eller annan utsedd person, oavsett om det kommer från patient, närstående, IVO eller Patientnämnden.

Löpande arbete i MedControl både med patientsäkerhet och andra klagomål. Följer VGR's rutiner och riktlinjer.

10. Samverkan externa aktörer

Med tanke på de olika uppdrag regionområdet har, ser samverkan olika ut. Vi samverkar på lokal, regional, nationell och internationell nivå utifrån hur uppdragen ser ut.

11. Dokumentation

Regionhälsan använder dokumenthanteringssystemet SOFIA för hantering av kontorsdokument och SOFIA STYR för hantering av styrande dokument.

Det finns en förvaltningsövergripande rutin för avvikelshantering – klagomål, vårdskada, arbetsskada, säkerhet, tillbud - som reglerar hur dokumentationen ska ske i MedControl och hur återkoppling ska ske till berörda och hur avvikelshanteringen ska bidra till ständiga förbättringar.

Dokumenthanteringssystemet SOFIA STYR hanterar flödet från upprättande/revidering till godkännande och publicering av styrande dokument.

Regionområdet följer Förvaltningsledningens riktlinjer för dokumentation om ledningssystem.

12. Relaterad information

[Länk](#) till Regionens beskrivning av ledningssystem

[Länk](#) till Ledningssystem Regionhälsan

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Expertenheter

Innehållsansvar: Aslak Iversen, (asliv1), Regionområdeschef

Granskad av: Aslak Iversen, (asliv1), Regionområdeschef

Godkänd av: Aslak Iversen, (asliv1), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9926-1306825477-20

Version: 5.0

Giltig från: 2025-04-23

Giltig till: 2027-04-23