

Bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 7 mars 2012

Uppföljning av revisionsrapporter 2010–2011

I mina uppföljande rapporter till landstingsstyrelsen den 2 februari 2006 (§ 5), 1 februari 2007 (§ 5), 2 september 2008 (§ 174), 28 april 2009 (§ 72), 4 mars 2010 (§ 32) och 5 maj 2011 (§ 88) har jag redovisat de åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från revisionsrapporter t o m 2010 med undantag av följande rapport:

- Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-2010).

Landstingsstyrelsen har under 2011 behandlat följande revisionsrapporter:

- Jämställd vård – Barn och ungdomar med ADHD (§ 19-2011).
- Den interna kontrollen inom division Länsteknik (§ 61-2011).
- Sjukhusens kosthållning till äldre patienter (§ 62-2011).
- Årsredovisning 2010 (§ 89-2011).
- Patientnämnden – översiktlig granskning av ansvarsutövande 2010 (§ 90-2011).
- Primärvårdens produktion – en jämförelse mellan fyra vårdcentraler (§ 91-2011).
- Hälso- och sjukvårdens bemötande av patienter (§ 131-2011).
- Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2010 (§ 132-2011).
- Brand- och skalskydd vid landstingets fastigheter (§ 133-2011).
- Granskning av delårsrapport per april 2011 (§ 178-2011).
- Uppföljning av tidigare revisionsgranskningar avseende den interna kontrollen inom divisionerna (§ 205-2011).
- Överföring av patientinformation vid vårdens övergångar inom sjukhusen (§ 206-2011).
- Granskning av delårsrapport per augusti 2011 (§ 207-2011).
- Landstingets följsamhet till riktlinjer och rutiner för höftfrakturer (§ 248-2011).

I denna uppföljning redovisas de åtgärder som vidtagits beträffande ovanstående revisionsrapporter. Åtgärderna redovisas i slutet av varje ärende.

Allmänt gäller att åtgärder med anledning av de revisionsrapporter som behandlats i styrelsen i slutet av året i vissa fall inte hunnit fullföljas. Åtterapportering av dessa ärenden görs i nästa rapport till styrelsen avseende uppföljning av revisionsrapporter. Rapporterna är:

- Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-2010).

27 FEBRUARI 2012

- Landstingets följsamhet till riktlinjer och rutiner för höftfrakturer (§ 248-2011).

Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-2010)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev granskat landstingets upphandlingsverksamhet. Den övergripande revisionsfrågan har varit om landstinget har en ändamålsenlig organisation och tillräcklig intern kontroll för upphandlingsverksamheten.

Granskningen har omfattat en genomgång av lagkrav och landstingets interna regler och riktlinjer avseende upphandlingsverksamheten. Efterlevnad av ramavtal och kontroll av om köp från andra än upphandlade leverantörer har även gjorts.

Granskningen visar att landstinget har en ändamålsenlig organisation och ansvarsfördelning. Granskningen visar vidare att landstinget har tydliga regler och riktlinjer för hur upphandlingsverksamheten ska fungera. De granskade upphandlingar som upphandlingsenheten genomfört, har gjorts i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU) och landstingets interna regler.

Vi kan dock konstatera att det sker ett relativt stort antal köp inom i princip alla landstingets verksamheter från leverantörer som inte upphandlats av upphandlingsenheten. Vår bedömning är, trots befintligt regelverk och ändamålsenliga tillämpningsanvisningar, att den interna kontrollen inte är tillräcklig vad gäller divisionernas efterlevnad av tecknade avtal.

Vi bedömer slutligen med utgångspunkt från denna granskning samt utifrån tidigare granskningar ("Inhyrd personal via bemanningsföretag" och "Landstingsanställdas bisysslor") att det finns brister avseende den interna kontrollen och efterlevnaden av landstingets interna regler vilket inte är tillfredsställande. Landstingsstyrelsen behöver nu agera kraftfullt för att tillse att divisionerna framöver följer gällande lagar och interna regler och riktlinjer.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorerna konstaterar att landstinget har en ändamålsenlig organisation och ansvarsfördelning. För att ytterligare utveckla hanteringen av upphandlingar och avtal arbetar upphandlingsenheten idag med förbättringar av arbetssätt och rutiner inom upphandlingsprocessen. Utvecklingen handlar i stor utsträckning om att stärka samarbetet med divisionerna och dess medarbetare i upphandlingsprocessen. Speciellt fokus läggs vid planering och styrning inför större viktiga affärer samt kring överlämning och information av ramavtal.

Styrelsen kan konstatera att det sker köp utanför upphandlade ramavtal. Tänkbara orsaker varför detta sker kan vara att ramavtal saknas, att de ramavtal som finns inte motsvarar verksamheternas behov på grund av utveckling/förändring inom olika områden eller att kunskapen om de ramavtal som finns inte är spridd inom organisationen. Ett område där behoven generellt har ökat i omfattning är inom tjänstesektorn. Inom ramen för utvecklingen av upphandlingsprocessen kommer flera av dessa frågor att komma i fokus för förbättringsarbetet.

Styrelsen konstaterar vidare att det finns brister i den interna kontrollen. En stor del av landstingets köp avser olika slags förbrukningsvaror från ramavtal. För att underlätta för verksamheterna att göra korrekta beställningar och kontroll av genomförda köp har det initieras ett behov av en elektronisk beställningsportal. Elektroniska beställningar och elektronisk fakturering minskar risken för felaktiga avrop. Genom detta kan den interna kontrollen koncentreras på övriga köp. Rutiner för interkontrollen kommer att ses över.

- 1 Enligt beslutsförslaget.
- 2 Landstingsdirektören ges i uppdrag att se över rutinerna för den interna kontrollen och återkomma med förslag till förbättringar till styrelsen under 2011.

Åtgärd

Arbete pågår fortfarande.

Jämställd vård – Barn och ungdomar med ADHD (§ 19-2011)

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har uppdragit till Komrev inom PricewaterhouseCoopers att ur ett jämställdhetsperspektiv granska landstingets verksamhet avseende patientgruppen barn- och ungdomar med aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar – ADHD. Granskningen har avgränsats till barn- och ungdomspsykiatri, BUP och barnhabiliteringen i Piteå, Luleå och Kalix.

Revisionsfråga för granskningen är:

- Är landstingets vård och behandling avseende barn och ungdomar med ADHD ändamålsenlig ur ett jämställdhetsperspektiv?

Kontrollfrågor för granskningen är:

- Sätts diagnos för flickor och pojkar tidsmässigt lika (patientens ålder)?
- Får flickor och pojkar läkemedelsbehandling i lika stor utsträckning?
- Har flickor och pojkar samma tillgång till barnpsykiatrisk expertis?
- Deltar barn- och ungdomspsykiatri/barnhabiliteringen i kvalitetsregistringen BUSA?
- Finns en tillräcklig samverkan mellan BUP och kommunerna/skolan kring patientgruppen?

Granskningen visar att landstingets vård av barn och ungdomar med ADHD i flera avseenden är jämställd. En brist är emellertid att flickor med aktivitets- och uppmärksamhetsproblem upptäcks senare och därmed får sin diagnos minst två år senare än pojkar. För att upptäckten av ADHD ska tidigareläggas rekommenderas ett närmare samarbete med skolorna i länet.

När väl barnen blivit aktuella inom BUP/barnhabiliteringen bedöms vården och läkemedelsbehandlingen vara jämställd. Flickor och pojkar bedöms ha samma tillgång till barnpsykiatrisk expertis, men granskningen bekräftar en bristande tillgång till barnpsykiatriker och legitimerade psykologer i länet.

Granskningen visar att BUP:s och barnhabiliteringens deltagande i kvalitetsregistret BUSA är inne i en uppstartsfas vilket i nuläget medför en försämrad

möjlighet att nyttja BUSA:s uppgifter för kvalitetsutveckling och uppföljning.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen ser det som positivt att landstingsrevisorerna låtit granska landstingets verksamheter beträffande patientgruppen barn och ungdomar med aktivitets- och uppmärksamhetsproblem, ADHD, ur ett jämställdhetsperspektiv. Att vården till stor del upplevs som jämställd är glädjande, men ständiga förbättringar är nödvändiga för att kunna erbjuda norrbottningarna god vård och behandling på likvärdiga villkor.

Utifrån de av granskningen konstaterade brister har ett antal åtgärder genomförts eller planerats för.

Genomförda och planerade insatser:

- Konsultation/utbildning till skolan och spridning av information för att särskilt uppmärksamma flickor med ADHD.
- Deltagande i lokala samverkans- och arbetsgrupper där barn och ungdomar med ADHD är i fokus.
- Modellområde Östra Norrbotten uppmärksammar särskilt barn och ungdomar med psykisk ohälsa.
- Genomförd workshop om neuropsykiatriska diagnoser samt utbildningsdag har genomförts för förskola, skola, BVC, socialtjänsten och elevhälsan.
- Remissöverenskommelse mellan primärvård och specialistsjukvården har upprättats för barn mellan 0-6 år för att skapa bättre underlag för bedömning och tidigare diagnosättning.
- Gemensam utbildningsdag med extern föreläsare planeras våren 2011.

Landstingsstyrelsen ger i uppdrag till landstingsdirektören att:

- Säkerställa att planerade insatser genomförs och utvärderas för att trygga en likvärdig vård och behandling för flickor och pojkar med ADHD i Norrbotten.
- Säkerställa att verksamheterna intensifierar rapporteringen till kvalitetsregistret BUSA för att möjliggöra resultatuppföljning och riktade utvecklings- och förbättringsarbeten.

I det fortsatta utvecklings- och förbättringsarbetet är det även angeläget att beakta landstingsstyrelsens svar på programberedningens rapport för år 2008 som rörde barn och ungdomars psykiska ohälsa med särskild inriktning mot depression, ångestsyndrom och ADHD.

Åtgärd

Piteå

Antalet flickor utredda för neuropsykiatriska frågeställningar har ökat under 2011 jämfört med 2010. Av 96 inkomna remisser/utredda barn 2011 var 43 flickor.

De åtgärder som vidtagits i verksamheten är konsultation till skolan, gemen-

sam utbildning för BUP, skola och socialtjänst. Kontinuerlig uppföljning av kunskapsutveckling sker inom verksamheten. Samverkansmöten sker med vårdgrannar.

Kalix

Har utarbetat ett utbildnings- och informationsmaterial kring ADHD och flickor och har i form av workshops utbildat och spridit information till skola, primärvård, familjecentraler och socialtjänst, i östra Norrbotten.

Arrangerat föreläsningar om neuropsykiatriska diagnoser ADHD/ADD, den lärande hjärnan/om barns minne och utveckling, får barn-och unga med neuropsykiatrisk problematik den hjälp de behöver, utmaningar och goda exempel.

Personal har deltagit i lokala arbetsgrupper i östra Norrbottens fyra kommuner där barn och ungdomars psykiska hälsa har varit i fokus och då bl a de med neuropsykiatriska svårigheter som ADHD.

Modellområdesprojektet har pågått under året. Det avslutas under mars 2012 och slutrapport kommer att publiceras och innehålla vad projektet arbetat med och vilka resultat som framkommit.

Luleå-Boden

Har startat samverkan med elevhälsan i Boden med fokus på elever med behov av neuropsykiatriska utredningar.

Anordnat utbildning i neuropsykiatriska funktionsnedsättningar till skollära och chefer i Luleå och Boden.

Efter önskemål från skolan i Luleå planeras nu för att genomföra fler utbildningar till skolpersonal.

Den interna kontrollen inom division Länsteknik (§ 61-2011)

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har gett Komrev inom PwC uppdraget att granska den interna kontrollen inom division Länsteknik. Övergripande revisionsfråga för granskningen är: Bedrivs den interna kontrollen på ett tillfredsställande sätt inom division Länsteknik?

De områden som har granskats är:

- Verksamhetsplanering
- Verksamhetsuppföljning
- Ekonomistyrning
- Riskanalys – riskbedömning
- Avvikelseberättelser avseende IT och Medicins teknik (MT)
- Utvecklingsarbete
- Ledarskap
- Kundrelationer
- Personal-/kompetensförsörjning

Granskningen visar att:

- Den interna kontrollen är tillräcklig för sju av nio granskade områden.
- För områdena Riskanalys och Kundrelationer är den interna kontrollen inte tillräcklig i alla delar.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen anser att det är av största vikt att den interna kontrollen fungerar tillfredsställande och konstaterar att kontrollen är tillräcklig för sju av de nio granskade områdena. Inom områdena Riskanalys – riskbedömning och Kundrelationer instämmer landstingsstyrelsen i revisorernas synpunkter med följande kommentarer.

Länsteknik arbetar med att förbättra processerna och kommer under år 2011 att vidta följande åtgärder inom området Riskanalys – riskbedömning.:

Inom området Verksamhetssystem kommer förvaltningsmodellen PM3 att kompletteras med ett delmoment för riskanalys. En sådan analys blir aktuell exempelvis vid uppgraderingar och utveckling av system.

I den för landstinget gemensamma projektmodellen PROJEKTiL kommer handboken att kompletteras med ett avsnitt som beskriver riskhantering.

Redan idag tillämpas en riskhanteringsmetod (FMEA) enligt medicintekniska riktlinjer för analys, bedömning och åtgärd utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Inom området Kundrelationer har ett arbete påbörjats med att utveckla kundenkäter med möjlighet att analysera svar på geografisk nivå. Under år 2011 kommer Länstekniks enkäter att specificeras per ort. I och med den förändringen kommer det att bli lättare att vidta förbättringsåtgärder.

Sammanfattningsvis tar landstingsstyrelsen kritiken på allvar och arbetar kontinuerligt med förbättring av organisation, service och rutiner för att kunna ge fullgott stöd till alla berörda. En åtgärd som nu vidtas är att Länsteknik förstärker bemanningen inom medicinsk teknik i malmfälten.

Åtgärd

Riskhantering

- En riskanalysutbildning har genomförts för berörd personal inom Länsteknik för att generellt höja kompetensen inom området Riskhantering.
- Inom området verksamhetssystem har nya rutiner införts. Riskanalys ska genomföras vid alla förändringar som kan påverka medicintekniska informationssystem och dess användning. Detta beskrivs i respektive förvaltnings-specifikation samt i processen för ändringshantering.
- Projektkontoret erbjuder idag stöd för riskanalys och riskhantering vid projektarbete. Nya rutiner och rekommendationer är införda. Riskanalys ska genomföras innan projekt startar, så att resultatet från riskanalysen kan vara en del av startbeslutsunderlaget. Den kan även göras för pågående projekt när det bedöms nödvändigt. Analysen ska sedan löpande revideras och presenteras på styrgruppsmöten. För enklare riskanalyser och löpande uppföljning i projekten, så rekommenderas en lättare sk mini-riskanalys. För riskhantering av medicintekniska system/produk-

ter, så ska metodstöd och riktlinjer enligt FMEA användas. För mer information och anvisningar för respektive metod, se: Projektmodell - PROJEKTiL – Insidan.

- Länsteknik har förstärkt sitt säkerhetsarbete med en heltidstjänst inom området IT-säkerhet.

Kundenkät

- Länsteknik har vidareutvecklat sin kundenkät så att kundnöjdheten kan mätas per ort. Detta ger Teknikakuten förfinade möjligheter att rikta utbildnings- och supportinsatser där särskilda behov finns. Teknikakuten har även lanserat en webbaserad kundportal med utbildningsfilmer för användare. Detta för att ytterligare öka tillgängligheten till supporttjänster via webb, dygnet runt.

Medicinteknisk kompetens

- Länsteknik har förstärkt den medicintekniska serviceorganisationen i malmfälten med en heltidstjänst.

Sjukhusens kosthållning till äldre patienter (§ 62-2011)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev granskat sjukhusens kosthållning ur ett patientperspektiv. Den övergripande revisionsfrågan var: Är kosthållningen vid länets sjukhus ändamålsenlig och anpassad till den enskilde äldrepatientens hälso- och sjukdomstillstånd?

Granskningen har prioriterats med anledning av att maten för inlaggande patienter vid sjukhusen är en viktig del i behandlingsresultatet. Patienternas näringstillförsel måste ses lika viktigt som all annan medicinsk behandling. Det finns undersökningar som visar att undernäring förekommer hos ungefär var tredje inlaggande patient vid landets sjukhus. Det gäller framförallt äldre personer.

Totalt 101 äldre patienter vid Sunderby, Kalix och Kiruna sjukhus har besvarat en enkät om hur de uppfattar sjukhusens kosthållning, allt ifrån de olika måltidernas smak och konsistens till miljön där måltiderna intogs. Vidar har ett antal företrädare för vården vid sjukhusen (läkare, enhetschefer, dietister) samt vid landstingets enhet, Kostservice, intervjuats.

Granskningens resultat indikerar att kosthållningen vid länets sjukhus inte helt är ändamålsenlig och anpassad till den enskilde patienten. Vår bedömning grundar sig bl a på:

- Det saknas kostråd per sjukhus med representanter från vården och sjukhusens kostproduktion. Vi menar att sådana bör bildas för att formellt kunna utvärdera matens kvalitet och vid behov åtgärda brister.
- Det finns åsikter från företrädare för sjukhusvården att läkarna, som har det medicinska ansvaret för patienterna, borde vara mer delaktiga i nutritionsbedömningar och tillhörande åtgärder. Granskningen har inte kunnat verifiera denna åsikt, men vi anser att frågan är så väsentlig att landstingets ledning och berörda divisionsledningar bör diskutera om den överensstämmer med verkligheten och vilka åtgärder som i så fall behöver vidtas.

- Av enkätsvaren framgår att patienter vid Sunderby sjukhus har en negativ inställning till matens kvalitet, jämfört med de övriga två granskade sjukhusen.
- Vid Kiruna sjukhus uppger en relativ stor andel av patienterna i enkätsvaren att portionsstorlekarna är små, samtidigt som en relativt stor andel anser att de inte blivit mätta på lunchen och middagen samt att de inte blir erbjudna mellanmål.
- Det finns idag inga rutiner för att anmäla avvikelser angående sjukhusens kostproduktion i landstingets system för avvikelserapportering, Synergi.

En positiv iakttagelse som vi gör är att det idag sker en systematisk riskbedömning av samtliga patienter över 65 år som blir inlagda vid länets sjukhus. Härigenom kan patienter som är undernärda, eller som är i riskzonen för att bli undernärda, uppmärksammas och adekvata åtgärder sättas in.

Beslut

- 1 Revisionsrapporten läggs till handlingarna med beskrivning av genomförda och planerade åtgärder
- 2 Landstingsdirektören uppdras att följa upp att vidtagna åtgärder avseende kosthållningen säkerställs.

Genomförda och planerade åtgärder

- Kostombudsträffar i syfte att personal från vården, kök och dietister träffas för att diskutera kostfrågor och sätta kunden i fokus genomförs från och med april 2011 vid alla sjukhus i länet.
- Några av de åtgärder som startats för att förbättra matens kvalitet vid sjukhusen är:
 - Kontroller av temperatur samt smak, lukt, utseende och uppläggning görs rutinmässigt innan maten skickas till kunderna. Med utgångspunkt från dessa kontroller samt kostombudsträffarna revideras recept och provlagningar av nya rätter görs.
 - För att trygga kostproduktionen ur säkerhetssynpunkt och myndighetskrav har ett gemensamt egenkontrollprogram tagits fram för samtliga sjukhus i länet. Från och med april 2011 är utbildning klar. Från och med hösten 2011 kommer internrevisioner att genomföras med kostservice som ansvariga. Syftet med dessa är att NLL själv skall hitta fel och brister i ett tidigt skede och hjälpas åt att åtgärda dem.
 - I anslutning till arbetet med egenkontrollprogrammet har recept för all specialkost införts successivt. Genom detta ökar möjligheten att utveckla recepten och minimera risken för att patienten får samma mat flera dagar i rad.
 - Systematiska informations- och utbildningsinsatser för vårdpersonal har påbörjats där det bland annat tas upp vikten av en snygg och prydlig uppläggning på tallriken och att portionsstorleken är den som kunden har beställt.
 - En kundenkät planeras under våren 2011 i syfte att få veta vilka rätter som är populära och vilka som inte alls uppskattas.

- Många patienter upplever att man får en för stor portion. För att möta det behovet kommer två nya kosttyper att erbjudas. Förhoppningen är att kunna erbjuda patienterna en kost som passar deras behov samt underlätta för vårdpersonal till ett enklare val.
- De avvikelser som avser kostproduktionen har idag hanterats manuellt eftersom synergi inte passar den typ av avvikelser som uppkommer inom Division Service. Ett arbete pågår att anpassa synergi och under våren 2011 kommer Kostservice att börja testa systemet.
- Vidare har kostservice som målbild att inom en två års period vara sammankallande för ett måltidsråd i Norrbotten. Rådets syfte är samverkan och utveckling och på sikt även arbeta fram en gemensam kostpolicy för länet.
- Kostservice ser vidare just nu över hur hanteringen av kost till patienter sker, från produktion till kund och tillbaka till kök. Översynen syftar till att säkerställa att processen är den rätta sett till kunden, vården och kosten. Översynen beräknas vara klar våren 2011 och sker i samverkan med vården.

Åtgärd

Genomförda och planerade åtgärder:

- Kostträffar genomförs regelbundet vid alla sjukhus. Under 2011 genomfördes 23 träffar med deltagande från vård, kök och dietister. Ett resultat är bättre samverkan mellan vården och köken i strävan att nå gemensamma mål samt utveckling av kostverksamheten utifrån kundernas behov.
- Internrevisioner av egenkontrollprogrammet har påbörjats under 2011 i Kostservice regi. Resultatet visar att både vårdavdelningar och kök arbetar vidare med egenkontrollprogrammet med samsyn för att den mat som serveras till våra patienter ska vara säker.
- I Kiruna erbjuds en andra portion till patienterna. Ingen ska känna att de får för lite mat.
- Några av de åtgärder som utförts för att förbättra matens kvalitet vid produktionsköket i Sunderbyn är:
 - Kontroller av temperatur samt smak, lukt, utseende och uppläggning görs rutinmässigt innan maten skickas till kunderna. Med utgångspunkt från dessa kontroller samt kostträffarna har recept, matsedlar och uppvärmningstid reviderats. Provlagningar av nya rätter görs och det ställs högre krav än tidigare på de råvaror som används.
 - Vidareutveckling av egenkontrollprogrammet har genomförts genom att rutiner har reviderats och en stor ombyggnation har skett för att få ett separat dietrum, kylda packutrymmen och bättre avfallshantering. Alla åtgärder har genomförts för att maten till kunderna ska vara säkrare.
 - Portionering av samtliga efterrätter för att säkerställa att alla får efterrätt och att den är individanpassad.
 - Idag finns recept för samtliga rätter med specialkost. Det ger en säker hantering och större flexibilitet för kunder med särskilda behov.

- Anpassning av Synergi för avvikelser inom kostverksamheten har skett och sedan september 2011 kan alla verksamheter skicka avvikelser till Kostservice i Synergi.

Ett projekt avseende hanteringen av kost till patienter pågår vid Piteå älv-dals sjukhus. Arbetsgruppen har kommit fram till att en tidsstudie ska genomföras under första kvartalet 2012. Underlaget från denna kommer att ligga till grund för fortsatt arbete som sker 2012.

Årsredovisning 2010 (§ 89-2011)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets årsredovisning för 2010. Granskningens uppdrag har varit att bedöma om landstingets årsredovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed samt om räkenskaperna är rättvisande. Vidare ingår i uppdraget att bedöma den ekonomiska ställningen och efterlevnaden av balanskravet samt att resultatet i årsredovisningen är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat om.

Revisorerna konstaterar:

- Att årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven enligt lagen om kommunal redovisning och att rekommendationer, som Rådet för kommunal redovisning ger ut, följs. Att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen.
- Att om poster av engångskaraktär exkluderas från resultaträkningen så uppgår resultatet till 36 mkr, att jämföra med justerat budgeterat resultat på 56 mkr. Revisorerna bedömer att landstingets ekonomiska situation och utveckling är svag.
- Att årets resultat innebär att landstinget endast klarar att leva upp till tre av de av landstingsfullmäktige fem fastställda finansiella målen för god ekonomisk hushållning. I beaktande av detta finner de det synnerligen viktigt att den ekonomiska styrningen stärks ytterligare. Detta för att landstinget framgent ska lyckas behålla en ekonomi i balans.
- Även om landstingets årsredovisning följer lagar, rekommendationer och god sed, finns områden som kan förbättras. Revisorerna menar att landstingsstyrelsen, som ett led i att utveckla den ekonomiska styrningen, till kommande år bör komplettera årsredovisningen med:
 - En samlad bild över landstingsstyrelsens bedömning av huruvida landstinget uppnår en god ekonomisk hushållning i det verksamhetsmässiga och i det finansiella perspektivet.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen kan konstatera att landstinget under 2010 inte har nått två av de fem finansiella målen för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, dvs målet att alla divisioner uppnår sina ekonomiska resultat samt att beslutade sparåtgärder genomförs.

Landstingets divisioner redovisar ett underskott mot budget på 94 mkr, vilket är en försämring med 71 mkr sedan 2009. Dock bör påpekas att fullmäktige i budgeten för 2010 minskat divisionernas ramar med 150 mkr. Verksamheterna hade krav på kostnadsminskning med 150 mkr, varav 70 mkr har genomförts. Kostnadsminskningar och intäktsökningar på 13 mkr inom andra områden har förbättrat resultatet. Att besparingskraven inte uppfylls beror bland annat på ökade kostnader för riks- och regionsjukvård, ökade kostnader för specialistläkemedel samt att landstinget ännu inte helt kunnat anpassa sina kostnader efter att nya privata vårdcentraler öppnats. Naturbruksskolornas minskade elevantal har lett till lägre intäkter och åtgärdsplan finns. Divisionernas omställningskostnader är 11 mkr lägre än 2009.

Även om landstinget har en jämförelsevis låg nettokostnadsutveckling visar prognosen för kommande år en utvecklingstakt där intäkterna ökar mindre än kostnaderna. Detta förhållande kräver fortsatt anpassning av verksamheten för att även fortsättningsvis nå en ekonomi i balans.

Åtgärd

Se svar Granskning av delårsrapport per augusti 2011 (§ 207-11).

Patientnämnden – översiktlig granskning av ansvarsutövande 2010 (§ 90-2011)

Ärendebeskrivning

Landstingets förtroendevalda revisorer har med hjälp av sakkunniga på Komrev granskat patientnämndens ansvarsutövande under 2010.

Revisorernas samlade bedömning är att patientnämnden i allt väsentligt vidtagit aktiva åtgärder för att styra/leda, följa upp och kontrollera den verksamhet nämnden ansvarar för.

Granskningen visar emellertid att:

- Kunskapen om patientnämndens roll och uppdrag i förhållande framförallt den kommunala hälso- och sjukvården fortfarande kan utvecklas.
- Att kopplingen mellan årets genomförda aktiviteter och prioriterade utvecklingsområden som uppmärksammas inom nämnden med tillhörande bedömning av måluppfyllelse kan utvecklas ytterligare i framförallt nämndens verksamhetsrapport.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning att kunskapen om patientnämndens roll och uppdrag kan utvecklas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Landstingsstyrelsen konstaterar också att patientsäkerhet har hög prioritet i landstingets verksamheter och att patientnämndens arbete utgör en viktig del i det arbetet. För en god vård ur patientperspektiv är det viktigt att även kommunerna utvecklar och upprätthåller en hög patientsäkerhet och en god patientsäkerhetskultur. Landstinget kommer att ta initiativ till samverkan med kommunerna kring kompetenshöjande insatser inom patientsäkerhetsområdet.

Patientnämndens arbete är föremål för ständiga förbättringar och verksamhetsrapporten ska under året utvecklas med ambition att tillmötesgå revisorernas synpunkter.

Åtgärd

Kommunerna har bjudits in till seminarier om bl a *Trygg och säker vård även för patienter med demens och kognitiv svikt*. Stig Karlsson, docent vid Umeå universitet, talade om begränsningsåtgärder i vård och omsorg av personer med kognitiv svikt. Han gav exempel på hur begränsningsåtgärderna, låsta dörrar, bälten, sänggrindar och larm upplevas av den sjuke men även av personal och anhöriga. Ett annat seminarium som kommunen bjudits in till är *Att känna otillräcklighet och samvetsstress i vårdarbetet*. Gästföreläsare var Vera Dahlqvist, med dr i omvårdnad och lektor vid Ersta Sköndal Högskola.

Händelseanalysutbildning har på begäran från Kiruna kommun anordnats av patientsäkerhetsrådet och punktinsatser om patientsäkerhetsarbete har genomförts ett antal gånger i kustkommunerna.

Inom ramen för den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet har aktiviteter genomförts i och med kommunerna t ex utbildning i SKL:s åtgärds paket för att förebygga trycksår och fallskador.

Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister, som mäter hur landsting och kommuner systematiskt arbetar med att förebygga fall, trycksår och undernäring. Gemensamma utvecklingsledare från kommun och landsting ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till både kommun och landsting. Gemensam projektplan och projektorganisation är upprättad och uppföljning i syfte att få en helhetsbild för både landsting och kommuner sker till Länsstyrgruppen vid två tillfällen per år. Fler insatser planeras gemensamt som t ex att chefer/ledare från kommun och landsting bildar mötesplatser som stimulerar till samverkan inom patientsäkerhetsområdet.

Landstinget ska ta initiativ till samverkan med kommunerna i patientsäkerhetsarbetet mest med tanke på att det finns ett gemensamt ansvar för många patienter. Denna samverkan kräver både resurser och kompetens. Frågan om hur samverkan ska ske måste diskuteras mer. Kommunerna har också ansvar för att skaffa kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet.

För att ytterligare öka kunskapen om patientnämndens roll och uppdrag i förhållande till framförallt den kommunala hälso- och sjukvården genomfördes under 2011 en informationsinsats riktad till anhängstödjare i länets kommuner. Enskilda kommuner, som Arvidsjaurs kommun har därefter särskilt bjudit in patientnämnden för att informera kommunrepresentanter och medborgare vid en särskild säkerhetsdag om patientnämndens roll och uppdrag. Även andra kommuner, exempelvis Luleå kommuns socialnämnd, har inbjudits till ett möte under året där nämnden gavs möjlighet att informera om sin verksamhet och föra dialog kring fördelarna med en ökad samverkan. Patientnämnden kunde även informera och föra dialog med representanter från Luleå kommun i samband med sitt patientnämndssammanträde i maj månad. I december månad informerade patientnämnden också Bodens kommunala handikappråd. Vidare är företrädare för patientnämnden inbjudna att informera vid ett anhängforum under 2012.

Patientnämndens arbete är föremål för ständiga förbättringar och verksam-

hetsrapporteringen återknyter nu tydligare till nämndens arbetsplan utifrån att nämndens aktiviteter och prioriterade utvecklingsområden omnämns även i verksamhetsrapporten. Tillhörande måluppfyllelse har förtydligats dels i verksamhetsrapporteringen, och dels i nämndens föredragningslistor och protokoll.

Primärvårdens produktion – en jämförelse mellan fyra vårdcentraler (§ 91-2011)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev inom PWC granskat produktionen inom primärvården. Den övergripande revisionsfrågan har varit om primärvårdens produktion är ändamålsenlig med avseende på hur väl man uppnår olika mål som avser prestationer/produktion.

Fyra vårdcentraler - Hertsön, Björknäs, Arjeplog och Vittangi (drivs av Praktikertjänst LOU) - har ingått i granskningen och följande produktionsmått har mätts, analyserats, jämförts och bedömts relaterat till uttalade mål och andra riktlinjer.

- Fast läkarbemanning/patient-läkarkontinuitet
- Antal hembesök till förstföderskor
- Antal MPR-vaccinationer av barn (mässling, påssjuka och röda hund)
- Andel 4-åringar med övervikt och fetma (barns BMI)
- Antal journalförda FaR (Fysisk aktivitet på Recept)
- Antal patientbesök/-kontakter till läkare och distriktssköterska
- Läkemedelsförskrivning vid högt blodtryck med ACE-hämmare respektive ARB
- Antal besök från vårdcentralens upptagningsområde till sjukhusens akutmottagningar avseende samtliga patienter
- Antal remitteringar till specialistvården vid sjukhus

Underlaget för granskningen är i de flesta parametrar data från 2008 och 2009 samt intervjuer. Revisionens bedömning är att produktionen är ändamålsenlig till vissa delar men inte till alla.

Granskningen visar att:

- Patient-läkarkontinuiteten varit tillfredsställande med vissa undantag där verksamheten saknat långtidsvikarier och/eller återkommande läkarstafetter. Primärvården behöver utveckla mått för att på ett enklare sätt följa patient-läkarkontinuiteten.
- Andelen hembesök till förstföderskor har haft en nedåtgående trend sedan 90-talet och variationen mellan vårdcentraler är stor och är på vissa håll oacceptabelt låg.
- Andelen MPR-vaccinationer är tillfredsställande.
- Att målet kring barns övervikt/fetma inte kan följas på enhetsnivå är otillfredsställande. Det är positivt att andelen barn med övervikt/fetma mins-

kar i länet som helhet, men förbättringstakten är låg. Vårdcentralerna behöver värdera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra utvecklingen när det gäller hälsoproblemen kring barns BMI.

- Tillgänglig statistik avseende utfärdade FaR är alltför osäker. Åtgärder krävs för att nå fastlagda målnivåer.
- Måttet patientbesök/-kontakt med läkare och distriktssköterska ska enligt revisionens bedömning tolkas försiktigt eftersom det inget säger om kvaliteten i kontakten eller resultatet. När tilläggsuppdrag som t.ex. asylsjukvård skalas bort är skillnaderna mellan vårdcentralerna liten.
- Läkemedelsförskrivningen vid högt blodtryck följer läkemedelskommitténs rekommendationer i stort inom primärvården. Noterbart är att vårdcentraler bemannade med stafettläkare inte har sämre följsamhet än övriga. Styrdokument som anger vilken följsamhet som gäller verkar vara en framgångsfaktor.
- Besök till sjukhusens akutmottagningar visar på en variation över länet. Vårdcentraler med jourmottagningar kvällar, helger och nätter har färre. Förklaring till varför vissa vårdcentraler ligger högre bör undersökas närmare.
- Det finns inget anmärkningsvärt i jämförelsen av antalet remitteringar från de granskade vårdcentralerna till sjukhusens internmedicinska mottagningar.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorerna konstaterar att primärvårdens produktion är ändamålsenlig med avseende på hur man når olika mål i vissa avseenden men åtgärder måste till för att förbättra måttkvalitet och förankring av målen i verksamheterna, en utveckling som även vårdvalsreformen förutsätter.

Styrelsen konstaterar att utvecklingen av kvalitetsmått och uppföljning av dessa har grundlagts under en längre period. I samband med införandet av vårdvalet har det blivit ökat fokus på vikten av detta. Vårdval Norrbotten som trädde i kraft 2010 har inneburit ett antal förändringar vad gäller tydliggörande av mål och kvalitetsindikatorer för samtliga leverantörer och vissa förändringar i styrning och uppföljning inom divisionens vårdcentraler.

En beställarenhet är under uppbyggnad vars uppdrag är att följa upp samtliga leverantörers (LOV) måluppfyllelse och prestationer. Dialog och uppföljning av Vittangi vårdcentral (LOU) tillhör numera även denna enhet. Denna enhet kommer att i dialog med samtliga leverantörer fortsätta utvecklingen av mål och mått inom primärvård.

Det utvecklingsarbete som genomfördes i slutet av 2009 har gjort det möjligt att från och med 2010 få resultat- och produktionsmått redovisade enhetsvis. En stor satsning på att kvalitetssäkra dokumentationsrutiner och registreringar har genomförts inom primärvården och återkoppling på verksamheternas följsamhet till rutinerna sker återkommande. Ytterligare kvalitetssäkring av mått måste dock genomföras.

Inom division primärvård har ett antal verktyg utvecklats under 2010 för att stödja verksamhetschefernas arbete med produktionsplanering och process-

och resultatstyrning. Återkoppling på ex vis antalet FaR och hembesök sker tertialvis till samtliga vårdcentraler i divisionen.

Styrelsen konstaterar också att länsenheten MHV/BHV har gjort insatser i hela länet under 2010 för att förmedla betydelsen av såväl hembesök som åtgärder vid övervikt/fetma hos barn. En ökning av hembesök till förstföderskor kan noteras. Länsenheten har uppdraget att fortsätta detta arbete under 2011. Framgent bör även erfarenheterna från pilotkommunerna, Gällivare och Piteå, i projektet Livsviktigt tas tillvara vad gäller viktproblematik hos barn.

Läkemedelsförskrivningsstatistiken har förbättrats under 2010 och går nu även att följa på enskild förskrivare. Samtliga vårdcentraler i landstingets regi har under vintern fått besök av chefläkare, apotekare och utredare för en dialog kring läkemedelsförskrivning och uppföljningsstatistiken.

Landstingsdirektören ges i uppdrag att via landstingsdirektörens rapport och tertialrapporter i samråd med beställarfunktionen löpande följa produktion i primärvården.

Åtgärd

Beställarsektionen har reviderat indikatorer och mål som ingår i Beställning Primärvård 2012.

Resultaten redovisas i tertialrapport 1, tertialrapport 2 och årsrapport. Dessa rapporter redovisas till landstingsledningen och till samtliga leverantörer.

Det finns drygt 30 indikatorer för god hälsa, patientfokuserad vård, kunskapsbaserad, säker, effektiv, jämställd vård samt indikatorer för att vård ges inom rimlig tid. Indikatorer har valts ut så att de täcker stora delar av primärvårdens verksamhetsområde. Länsenheter och länsgrupper inom specifika områden har nyttjats i framtagandet av indikatorer.

Det finns en tydlig beskrivning på hur mätning av måluppfyllelse sker och resultaten presenteras transparent.

Läkemedelsstatistiken redovisas på förskrivarnivå med olika tidsintervall beroende på läkemedelsområde.

Hälso- och sjukvårdens bemötande av patienter (§ 131-2011)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat hur landstinget säkerställer att patienter och närstående får ett bra bemötande i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Granskningen har utförts inom divisionerna Primärvård, medicinska och opererande specialiteter. Vid nio enheter inom dessa divisioner inklusive landstingsdirektörens stab har intervjuer genomförts. Styrande riktlinjer samt andra relevanta dokument har granskats.

Revisionen skulle ge svar på om landstinget säkerställer att patienter och närstående får bra bemötande i kontakterna med hälso- och sjukvården i Norrbotten.

Revisorerna finner att det på övergripande nivå inom landstinget finns väl dokumenterade mål, rutiner samt vägledning för verksamheternas arbete

med att lokalt sätta mål, utveckla, följa upp och förbättra patientbemötandet. Väsentliga dokument som *Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, värdegrund och klagomålshantering* finns.

Rutinerna kring landstingets lokala patientenkät avseende bemötande är utförliga och tydliga för verksamheterna att tillämpa. Om landstinget dessutom ansluter sig till den nationellt övergripande patientenkäten ger det möjlighet till ytterligare kvalitetshöjning i arbete med att förbättra patientbemötandet.

När det gäller i vilken omfattning landstingets övergripande riktlinjer avseende patientbemötande är kända och omsatta i praktiken anser revisorerna att detta varierar. Revisorernas intryck är att dessa, förutom patientenkäten om bemötande, inte är särskilt väl kända. Det finns ett glapp mellan de övergripande styrdokumenterna och verksamhetsplanerna.

Via patientenkäten om bemötande följer verksamheterna löpande upp patienter och anhörigas syn på bemötandet från hälso- och sjukvården. Enkäten känns inte tillförlitlig och ger inte tillräcklig bra grund för att ytterligare förbättra bemötandet. Revisorerna pekar på att verksamheterna i betydligt större utsträckning ska ta förekommande klagomål från Patientnämnden, HSAN, Socialstyrelsen samt de klagomål som kommer direkt från patienter och närstående som utgångspunkt för förbättringsarbetet.

Vidare anser revisorerna att tillämpningen av klagomålsrutinerna inte är tillräckliga. Granskning visar att knappt hälften av enheterna registrerar klagomålen som avvikelser. Det är positivt att notera att vid samtliga granskade enheter uppges att personlig kontakt tas med den klagande patienten eller närstående.

Revisorerna har sett att vid en del enheter informeras och behandlas klagomål på ett öppet och förbättringsinriktat sätt enligt en fastställd rutin. Personalen informeras om klagomålet och om vilka åtgärder som vidtas. Revisorerna anser att så sker inte vid alla enheter. Det är ett ledningsansvar att skapa ett förhållningssätt där klagomålen handläggs med öppenhet och en framåtsyftande inriktning och där både patientens och personalens behov uppmärksammas.

Revisorerna ställer sig frågan hur det kan komma sig att ”läkare och övrig personal” vid olika träffar och var för sig behandlar patientklagomål. Patientnämndens statistik visar att läkarna har det klart högsta antalet patientklagomål av alla personalgrupper. Revisorerna anser att all personal samtidigt ska få information om de klagomål som berör den enhet de arbetar vid och även delta i förbättringsarbetet.

Revisorerna ser att det vid alla enheter som granskats har genomförts olika aktiviteter som haft en koppling till att förbättra patientbemötandet. Från intervjuerna märks att det varierar mellan enheterna både avseende ambitionsnivå och omfattning när det gäller dessa aktiviteter och åtgärder. Det finns enheter, t ex internmedicin/rehab vid Piteå sjukhus och Öjebyns vårdcentral, som utöver patientenkäten uppmanar patienterna att lämna en skriftlig återkoppling på hur de har upplevt kontakten med vården.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Som revisorerna konstaterar har landstinget sedan ett antal år en egen patientenkät som mäter bemötandet i verksamheterna. Den har varit och är fort-

farande viktig som underlag för förbättringsarbetet i verksamheterna. Förutsättningarna för ett fortsatt förbättringsarbete ökar ytterligare när landstinget från hösten 2011 ansluter sig till den nationella patientenkäten, först inom primärvården och därefter i den specialiserade vården. Medverkan i den nationella enkäten kommer att tillföra möjligheten att göra hur förhållanden är i Norrbotten i jämförelse med övriga landet. Dessa enkäter är generella enkäter. Landstinget följer också upp patientsynpunkter kopplade till vissa diagnoser/behandlingar som rapporteras via nationella kvalitetsregister.

Landstingsdirektören rapporterar regelbundet utvecklingen av patientupplevelser/bemötande i vården genom att redovisa resultat av patientnämndsärenden samt enkätresultat till landstingsstyrelsen.

Under ett antal år har omfattande aktiviteter genomförts i syfte att förbättra bemötandet. Klagomålen hos patientnämnden inom bemötandeområdet har minskat enligt patientnämndens uppföljning.

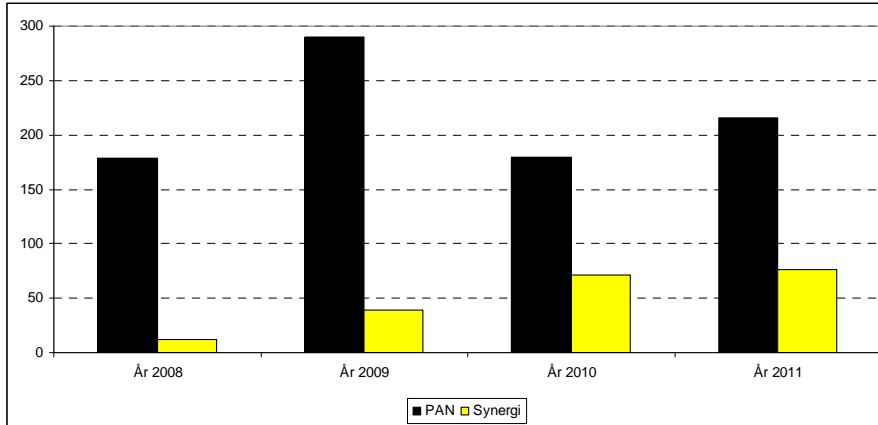
Division	Bemötande, kommunikation		
	2008	2009	2010
Primärvård	69	95	63
Opererande	55	86	59
Medicin	25	47	27
Vuxenpsykiatri	22	39	16
Diagnostik	2	1	3
Folktandvård	5	16	11
Service	1	6	1
Totalt	179	290	180

Källa; Patientnämndens uppföljning 2010

Arbetet med att förbättra bemötandet ska trots positivt utfall enligt ovan fortsätta genom bl a följande åtgärder:

- Återföring av klagomålshantering ska ske till alla medarbetare i former som är ändamålsenliga för att åstadkomma de förbättringar som behövs. Det kan innebära samlad återföring till all personal men även att återföringen behöver riktas till enskilda grupper för att nå önskade resultat.
- Ytterligare åtgärder ska vidtas för att göra styrdokumenterna kända och förstådda för att följsamheten till styrdokumenterna ska öka.
- Mål och mått ska anges i ledningssystemet inom alla divisioner i syfte att genomföra hela verksamheten.
- Värdegrunden ska anpassas för varje verksamhet för att alla medarbetare ska vara delaktiga.
- Fortsätta arbetet med att ta hand om klagomål inom bemötandeområdet. Klagomålen ska hanteras enligt landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt avvikelshanteringsprocessen.

Den nya Patientsäkerhetslagen ställer från 1 januari 2011 stora krav på att vårdgivaren har säkerställda och tillämpade rutiner för patientnämndens verksamhet och vårdgivarens klagomålshantering. Lagen kräver även att patienter och dennes närstående ska ges möjlighet att delta i verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Omfattande insatser har gjorts för att omsätta den nya lagens intentioner och krav i verksamheterna inom landstinget. Det arbetet fortsätter.

Åtgärd**Antal klagomål till Patientnämnden om bemötande och kommunikation samt antal registrerade avvikelser om bemötande i Synergi åren 2008 t o m 2011**

Diagrammet visar ingen nedåtgående stabil trend på antalet ärenden till Patientnämnden. Däremot ökar antalet klagomål som är registrerade som avvikelser på bemötande. Detta torde vara ett resultat av att verksamheterna bedriver förbättringsarbete i värdegrundsarbete och att tillämpning av och följsamheten till landstingets riktlinjer för klagomålshantering ökar.

I och med implementeringen av patientsäkerhetslagen har värdegrundsfrågorna och klagomålshantering åter tagits upp med verksamheterna och en internkontroll visar att följsamheten till klagomålshandlingen successivt förbättras i alla divisioner.

Alla divisioner har också mål och mått för bemötande i sina divisionsplaner och verksamhetsplaner.

Det pågår ett lokalt förbättringsarbete inom division Medicinska specialiteter som syftar till att underlätta införandet av etiska ombud i alla verksamheter. Fokus ligger på bemötandeområdet och arbetet planeras vara klart våren 2012 för att sedan implementeras i all verksamhet.

Det görs många och mycket bra aktiviteter ute i länet för att förbättra bemötandet. Det som saknas är ett trendbrott som visar att bemötandet förbättras och stabiliseras över tid.

Landstingsstyrelsens ansvarsutövande 2010 (§ 132-2011)

Ärendebeskrivning

På revisorernas uppdrag har Komrev inom PwC granskat landstingsstyrelsens ansvarsutövande för 2010 och om detta uppdrag varit tillfredsställande. Ansvarsutövande omfattar styrelsens aktiva åtgärder för att styra, leda, följa upp, kontrollera samt rapportera om den verksamhet som styrelsen ansvarar för.

Granskningen har avgränsats till landstingsplanens målområden Attraktiv region, God hälsa, God vård och Engagerade medarbetare. För dessa områden har ett urval delmål granskats vidare genom inventering och analys av för styrelsen väsentliga styr- och uppföljningsdokument.

Granskningen indikerar att landstingsstyrelsens ansvarsutövande för 2010 till stor del har varit tillfredsställande, men att det finns brister. Det som särskilt lyfts fram, i både positiv och negativ bemärkelse, är:

- Vad beträffar målområdet *Attraktiv region* visar granskningen att landstingsstyrelsen utövar uppsikt över de helägda bolagen, men att denna uppsikt i vissa avseenden är otillräcklig. De landstingskommunala ändamålen för landstingets bolag har inte brutits ned till konkreta verksamhetsmål vilket gör att möjligheten för ägarna att följa upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelse försvåras.
- Vad gäller målområdet *God hälsa* har granskningen inriktats mot målet om att andelen elever i gymnasiets första år som de senaste tre månaderna ofta eller alltid känt sig ledsna eller nedstämda ska understiga 3 procent år 2014. Styrning och återrapportering för detta mål är tillfredsställande, med ett undantag. För delmålet, att metoder och stöd till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet ska tillämpas, bedöms att styrningen och kontrollen inte är tillräcklig.
- Inom målområdet *God vård* görs bedömningen att styrelsens styrning och kontroll av delområdena Väntetider till akutmottagningar och Andelen högfrekventa besökare vid akutmottagningar är tillräcklig. Däremot noteras en brist i att fullmäktige inte fått någon återrapportering av dessa två delmål.
- Vad gäller delmålet att Vårdrelaterade infektioner ska minskas görs bedömningen att rapporteringen både till styrelsen och till fullmäktige skett på ett fullgott sätt och att styrelsen har kontroll över detta. Liksom granskningsrapportens påpekande görs bedömningen att både landstingets tjänstemannaledning och styrelsen i hög grad fokuserar på detta område och konsekvent för ut budskapet om områdets relevans.
- Bedömningen är vidare att styrelsens styrning, kontroll och rapportering är tillfredsställande avseende målområdet *Engagerade medarbetare* i fråga om delmål rörande arbetstillfredsställelse samt frisknärvaro och sjukfrånvaro.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen noterar att revisorernas granskning av styrelsens ansvarsutövning visar att ansvarsutövningen i allt väsentligt bedöms som tillräcklig.

Avseende de iakttagelser som granskningen utmynnat i vill landstingsstyrelsen lämna följande kommentarer.

Ägardirektiven för de bolag som landstinget är delägare i är föremål för översyn årligen. De fastställs av bolagens årsstämmor, vilket gör dem bindande för bolagens styrelser. Besluten på stämmorna föregås av en process, initierad av landstinget i dess roll som störste delägare.

Processen innehåller dels en intern beredning i landstinget, där landstinget formulerar sina synpunkter på bolagens kommande verksamhet med utgångspunkt i landstingets planer och styrdokument, dels ett ägarsamråd med övriga ägare där beslut fattas om de ägardirektiv som ska föreläggas årsstämman.

Landstingets förslag till ägardirektiv inför ägarsamråden fastställs av landstingsstyrelsen. Efter genomförd årsstämma redovisas de slutliga ägardirektiven i landstingsdirektörens rapport till styrelsen. Mot bakgrund av aktiebolagslagens utformning och det faktum att landstinget inte är ensam ägare av något bolag har denna process - där den viktigaste styrningen sker via ägarsamråden - bedömts vara den mest verkningsfulla formen för ägarstyrning. Ägarsamråden har även stor betydelse för ägarnas uppföljning av verksamhetens utveckling och måluppfyllelse genom den rapportering från bolagen som sker vid dessa.

I ägardirektiven sägs att bolagens arbete ska bedrivas i linje med regionala utvecklingsstrategier. Vissa sådana strategier är generella för alla bolag (som exempelvis det regionala utvecklingsprogrammet och det regionala tillväxtprogrammet, men även landstingsplanen) och vissa strategier blir tillämpliga för olika bolag beroende på bolagets verksamhet (som exempelvis länets klimat- och energistrategi för Norrbottens Energikontor AB).

I revisionsrapporten påpekas att möjligheten för ägarna att följa upp verksamhetens utveckling och måluppfyllelse försvåras eftersom de kommunala ändamålen för bolagen inte brutits ner till konkreta verksamhetsmål. En sådan nedbrytning är emellertid enligt gällande planeringsprocess inte landstingsstyrelsens uppgift. På samma sätt som landstingsdirektören ansvarar för att landstingsplanens mål konkretiseras i divisionernas verksamhetsplanering, ansvarar bolagsstyrelserna för motsvarande konkretisering på bolagens verksamhetsnivå - dvs. hur verksamhetsmålen kommer till uttryck inom ett bolags verksamhet regleras hos bolaget självt och inte i landstingsplanen.

Vidare påpekar revisionsrapporten att det inte går att utläsa av landstingsprotokollen att ledamöterna fått del av återrapporteringen från bolagen. Det förtjänar att påpekas att resultatet av genomförda årsstämmor och ägarsamråd redovisas i landstingsdirektörens rapport eller genom delgivning av stämprotokollen. På samma sätt redovisas löpande viktigare förändringar av bolagens verksamhet samt omvärldsförändringar som kan ha betydelse för styrelsens bedömning av eventuella förändringar i kommande ägardirektiv.

Avseende målet God hälsa noterar styrelsen att återrapportering om uppföljningsresultatet från HFS-enkäten sker årligen i landstingsdirektörens rapport, men för 2010 har återrapportering ännu inte skett.

Mellan dessa årliga uppföljningar har divisionerna möjlighet att i delårsrapporter kopplade till respektive divisionsplan redovisa åtgärder och aktiviteter som genomförs som ett led i att utveckla en mer hälsofrämjande verksamhet. Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning att detta kan ske i större omfattning än hittills och uppdrar till landstingsdirektören att säkerställa att detta sker inom ramen för ordinarie rapporteringsrutiner.

Åtgärd

Avseende målet God Hälsa kommer rapporteringen att förbättras och säkerställas genom att divisionerna förväntas integrera uppdragen avseende handlingsplanerna för hälsofrämjande arbete i sina divisionsplaner. I och med att områdena är en del av divisionsplanerna kommer rapporteringen successivt att förbättras.

Avseende övriga granskade mål har inga särskilda åtgärder vidtagits.

Brand- och skalskydd vid landstingets fastigheter (§ 133-2011)

Ärendebeskrivning

Komrev, inom PwC, har fått i uppdrag av landstingets revisorer att granska brand- och skalskyddet vid landstingets fastigheter. Den övergripande revisionsfrågan var: Är landstingets styrning och kontroll av brand- och skalskydd för landstingets fastigheter ändamålsenlig och tillfredsställande?

Revisorerna lyfter i sin granskning fram främst följande synpunkter:

- Det saknas formellt utsedda brandskyddsansvariga vid sjukhusens vårdenheter.
- Det saknas brandskyddsplaner vid sjukhusens vårdenheter.
- Det saknas evakueringsplaner vid sjukhusens vårdenheter för patienter och personal (det finns dock allmänna utrymningsplaner/orienteringsplaner, strategiskt placerade inom fastigheterna).
- Det utförs inga riskanalyser för att förebygga brand eller otillbörliga intrång. Riskanalyser bör vara ett kontinuerligt verktyg för att kunna bedöma säkerhetsläget.
- Rutiner för verksamheternas inventeringar och kontroll av brandskyddet är olika mellan vårdenheterna och genomförs i olika omfattningar.
- Rapporteringar om brandtillbud och tillbud kring skalskyddet från vårdenheterna sker utan några landstingsgemensamma dokumenterade rutiner, vilket gör denna rapportering ofullständig och minskar möjligheterna till ett förebyggande arbete. I det sammanhanget finns en osäkerhet över till vem man ska rapportera.
- Inom vissa allmänna utrymmen, speciellt inom kulvertar, är ordningen på ett sådant sätt att brandsäkerheten sätts ur spel. Här finns en osäkerhet över vem som har ansvaret att bringa ordning i oredan.
- Det finns på flera ställen stora möjligheter till otillbörligt tillträde till fastigheter eller till känsliga utrymmen inom fastigheter. Här finns en otydlighet över vem som ansvarar för att förhindra sådana tillträden.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen ser allvarligt på redovisade brister. Det är viktigt att ta fram tydliga riktlinjer för hur det brandskyddet ska organiseras och fungera lokalt. Riktlinjer som följer rådande lagstiftning och bland annat reglerar ansvarsförhållanden, roller och utbildning.

Efter det att revisionsrapporten offentliggjordes så togs tidigt initiativ till att påbörja arbetet med att hantera iakttagna brister. Därför kommer riktlinjer för hur brandskyddet ska organiseras och evakuering att finnas färdiga innan sommaren 2011. Vad avser riktlinjerna för evakuering så ska de bygga på evakuering vid brand men även kunna användas vid andra kriser såsom allvarliga driftstörningar, höga flöden och bombhot. När riktlinjerna är fastställda återstår att säkerställa att de tillämpas i berörda verksamheter.

Landstingsstyrelsen konstaterar att bristerna främst ligger i hur verksamheten organiserar brandskyddet. Landstingsfastigheter har utfört det tekniska brandskyddet på ett tillfredställande sätt. Division Service är genom landstingsfastigheter numera delprocessansvarig för brandskyddet i sin helhet enligt riktlinjerna för säkerhetsprocessen. Det innebär att verksamheterna kan få stöd i sitt brandskyddsarbete från en sammanhållen punkt i landstinget

När det gäller bristerna inom rapportering, riskinventering och egenkontroll så vill styrelsen trycka på att ansvaret för allt arbetsmiljö- och säkerhetsarbete, inklusive brandskydd och skalskydd, ligger i linjen där personalansvar och budget finns. Tidigare revisionsrapporter, bla inom området hot och våld, har också visat på att det finns en osäkerhet vad avser rapportering och tydliga rutiner för avvikelser. Därför har landstingsdirektören fattat ett beslut att det ska tas fram gemensamma riktlinjer för all avvikelshantering och att all rapportering ska ske i ett landstingsgemensamt IT-system. Det är samma system som man rapporterar avvikelser till inom delprocessen patientsäkerhet. Sedan 1 januari 2011 drivs ett särskilt projekt för att införa den landstingsgemensamma avvikelseprocessen och i det arbetet ingår naturligtvis även brand- och skalskydd. IT-systemet för avvikelshantering ska dessutom stödja verksamheternas rutiner för riskinventering och egenkontroll. Under hösten 2011 så är målsättningen att starta en pilotverksamhet inom projektet för att under 2012 börja tillämpa en gemensam avvikelseprocess i landstinget.

Vad avser den bristande ordningen i allmänna utrymmen som revisionen påvisade så åtgärdades dessa brister omgående. Det finns dock anledning att se över nuvarande regelverk vad avser materielhantering samt det faktum att det inte fanns ett entydigt ansvar för ordningsfrågan i allmänna utrymmen vid de besökta sjukhusen. Ett likartat förhållningssätt för hela landstinget bör eftersträvas.

Mot bakgrund av det redovisade ger landstingsstyrelsen landstingsdirektören i uppdrag att säkerställa att:

- Arbetet med riktlinjerna om hur brandskyddet ska organiseras slutförs samt att de därefter omsätts i verksamheterna.
- Arbetet med riktlinjerna för evakuering av vårdenheter och byggnader slutförs samt att de därefter omsätts i verksamheterna.
- Arbetet med riktlinjerna för landstingets avvikelseprocess slutförs samt att de därefter omsätts i verksamheterna.
- Ett arbete vad avser riktlinjer för hantering av överbliven materiel slutförs samt att de därefter omsätts i verksamheterna.

Åtgärd

Arbetet med riktlinjerna inom brandskydd, evakuering och avvikelser är slutfört. Landstinget har dessutom övat ledning av evakuering under 2011. För att säkerställa det långsiktiga arbetet med utbildning och uppföljning samt minska konsultkostnader ska en brand- och skalskyddssamordnare (riskingenjör) anställas under 2012.

Vad avser projektet avvikelseprocessen så är detta förlängt till 1 juli 2012 och förslag till förvaltningsorganisation av avvikelseprocessen kommer att presenteras under våren 2012. Förvaltningsorganisations viktigaste uppdrag kommer att bli uppföljning, implementering, utbildning och utveckling av

avvikelseprocessen.

Räddningstjänsten genomförde tillsyn av Sunderby sjukhus under oktober 2011. Av- och omlastning av utrustning skapar fortsatta anmärkningar på att brandfarligt material placerats i kulvertarna på sjukhuset. Därför genomför nu vaktmästeriet en uppsamlingsrunda en gång per dag och en gång per helg för att samla in all material - sängar, emballage och möbler - som ska sparas eller återanvändas.

Division Service har dessutom tagit fram ett förslag på landstingets riktlinjer för förvaring och övertalighet av utrustning. Förslaget bedöms kunna fastställas under vintern 2012.

Granskning av delårsrapport per april 2011 (§ 178-2011)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av landstingets revisorer har Komrev granskat delårsrapporten för perioden januari – april 2011. Syftet med granskningen är att bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål fullmäktige beslutat, om den upprättats i enlighet med lagstiftning och anvisningar från normerande organ samt om den ekonomiska styrningen med avseende på uppföljning, analys och rapportering av fullmäktige beslutade spardirektiv är tillräcklig.

Revisorerna konstaterar att:

- Delårsrapporten är upprättad i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed och att den såtillvida uppfyller syftet att ge fullmäktige möjlighet att använda den som ett underlag för styrning, ledning och kontroll av den samlade verksamheten.
- Fullmäktige fastställt tre finansiella mål för 2011. Då såväl delårsrapporten som årsprognosen pekar på att endast ett av dessa mål kommer att uppnås görs bedömningen att landstinget under innevarande år endast delvis kommer att uppnå en god ekonomisk hushållning i det finansiella perspektivet.
- Divisionerna har ett pågående sparprogram på 68 mkr för att nå en ekonomi i balans. Av delårsrapporten framgår att de räknar med att klara 26 mkr (38 procent) under år 2011. Bedömningen är att beslutade sparåtgärder inte följer fastställda tidplaner.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Vi kan konstatera att årsprognosen för 2011 pekar på att landstinget inte kommer att nå två av de tre finansiella mål för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, dvs målet att resultat före finansiella poster ska vara 2 procent av nettokostnaden samt målet om verksamhetens nettokostnadsandel av skatt och statsbidrag.

Styrelsen kan konstatera att behovet av kostnadsreduktioner är betydande. För att även fortsättningsvis nå en ekonomi i balans krävs en fortsatt anpassning av verksamheten.

Åtgärd

Se svar Granskning av delårsrapport per augusti 2011 (§ 207-11).

Uppföljning av tidigare revisionsgranskningar avseende den interna kontrollen inom divisionerna (§ 205-2011)

Ärendebeskrivning

PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om divisionerna har vidtagit åtgärder avseende de brister i den interna kontrollen som revisionen påpekat vid tidigare granskningar samt om en tillräcklig intern kontroll uppnåtts i dessa delar.

Den uppföljande granskningen har omfattat divisionerna Medicinska Specialiteter, Opererande Specialiteter, Primärvård samt Vuxenpsykiatri. För dessa divisioner har sammanlagt sju internkontrollområden följts upp av revisionen:

- Verksamhetsplanering (division Medicin, division Opererande)
- Kvalitetsutveckling (division Medicin, division Opererande)
- Evidensbevakning (division Primärvård)
- Intern samverkan (division Vuxenpsykiatri)
- Arbetsmiljö – arbetsklimat (division Vuxenpsykiatri)
- Kompetens/personalförsörjning (division Medicin, division Opererande)
- Säkerhetsarbetet avseende hot och våld riktat mot personal (division Primärvård)

Slutsatser

Revisorerna konstaterar att för de ovan två sistnämnda områdena är den interna kontrollen fortfarande inte tillräcklig i berörda divisioner och för övriga områden att den är tillräcklig.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorerna anser att det finns tillräcklig intern kontroll när det gäller kompetens-/personalförsörjning avseende läkare, men när det gäller sjuksköterskor och övrig personal är den interna kontrollen inte tillräcklig eftersom det saknas kompetensförsörjningsplan för dessa grupper.

Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning om vikten av kompetensförsörjningsplaner för fler strategiska personalgrupper än läkare.

Med anledning av detta har landstingsdirektören gett personalenheten uppdraget att se över frågan. Arbete pågår med syfte att under hösten 2011 utmynna i en gemensam kompetensförsörjningsplan för hela landstinget. I arbetet med divisionsplanerna för 2012 finns också ett uppdrag från landstingsdirektören om att kompetensförsörjningsplaner ska biläggas.

Division Opererande specialiteter arbetar under hösten med att ta fram en kompetensförsörjningsplan för sjuksköterskor och undersköterskor och inom

division Medicinska specialiteter pågår arbete med planer för bland annat sjuksköterskor och psykologer.

Revisorerna anser också att det trots en medvetenhet om att det finns en underrapportering av tillbud avseende hot och våld mot personalen inom primärvården, råder det delvis en passiv hållning till problemen. Agerande sker först när någon incident inträffat och något förebyggande arbete på detta område sker inte.

Landstingsstyrelsen konstaterar att brister i den interna kontrollen främst beror på att alla tillbud och händelser inte dokumenteras eller anmäls av berörd personal. Styrelsen vill i detta sammanhang lyfta fram att det finns tydliga regelverk för den interna kontrollen av både förebyggande insatser samt direkta insatser när personal möter våld och hot i sin arbetsutövning. Reglerna finns publicerade på webbportalen Chefsguiden.

För att åtgärda de påtalade bristerna kommer en riktad utbildning till samtliga chefer och skyddsombud inom primärvården att genomföras under november och december 2011 med temat "Hot och våld". Målgruppen för utbildningen är ca 200 chefer och skyddsombud på länets vårdcentraler. Under januari - mars 2012 kommer vårdcentralerna att ges ett direkt uppdrag att dokumentera samtliga tillbud och incidenter där "hot och våldssituationer" uppstått på vårdcentralen eller vid arbete i patientens hem. För att underlätta arbetet ytterligare kommer IT-systemet Synergi att utökas med en sk arbetsmiljömodul under senhösten 2011, vilket kommer att underlätta dokumentations- och uppföljningsprocessen av detta arbete.

Landstingsstyrelsen anser sammanfattningsvis utifrån ovanstående redovisning att redovisade planerade förbättringsåtgärder kommer att rätta till de brister som framkommit i revisionsrapporten.

Åtgärd

Personalenheten

Enheten har sammanställt en plan för kompetensförsörjning utifrån det material som divisionerna har lämnat in som underlag. Sammanställningen är inte komplett och tanken är att en mer omfattande plan ska utarbetas under 2012.

Division Primärvård

Divisionen har i samverkan med enheten för arbetslivshälsa (EFA) genomfört riktade utbildningsdagar för chefer och skyddsombud under december 2011 och januari 2012 i frågor som rör "hot och våldssituationer" på länets vårdcentraler eller i samband med hemsjukvård/hembesök. Under hela året kommer vårdcentralerna att ha fokus på arbetet att förebygga hot- och våldssituationer samt följa landstingets riktlinjer när sådana situationer kan eller har uppstått i arbetet. I uppdraget finns också en tydlig rapporterings-skyldighet och vid allvarlig händelse ska polisanmälan inlämnas för den inträffade händelsen.

Introduktionen av arbetsmiljömodulen i Synergi är försenad och kommer att tas i bruk först under hösten 2012. När modulen är igång är förhoppningen att det ska bli lättare att följa tillbud och händelser som rör hot och våldssituationer i primärvården.

Division Opererande specialiteter

Divisionen har under hösten 2011 tagit fram en kompetensförsörjningsplan för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Planen gäller fem år (2011–2015) och finns som bilaga till divisionsplanen.

Division Medicinska specialiteter

För divisionen finns nu som bilaga till Divisionsplan 2012–2014 en Personalförsörjningsplan för de tio största yrkesgrupperna, varav sjuksköterskor är en av grupperna. En fördjupad analys och särskild handlingsplan ska tas fram avseende sjuksköterskor och läkare.

Överföring av patientinformation vid vårdens övergångar inom sjukhusen (§ 206-2011)

Ärendebeskrivning

Landstingets revisorer har uppdragit till PricewaterhouseCoopers att granska om informationsöverföringen mellan olika vårdenheter inom sjukhusen sker på ett patientsäkert och ändamålsenligt sätt så att patientsäkerheten inte äventyras.

Granskningen har utförts inom divisionerna Medicinska och Opererande specialiteter samt Diagnostik och deras verksamheter vid sjukhusen i Sunderbyn och Piteå.

Revisorernas bedömning är att dokumenterad patientinformation som utgör underlag för informationsöverföring samt dokumentation av rutiner/metoder för hur den muntliga informationsöverföringen kan ske på ett säkert sätt är väl dokumenterade.

När det gäller i vilken omfattning rutiner och riktlinjer är kända och tillämpade av berörd personal anser revisorerna att det mestadels sker på ett tillfredsställande sätt.

Det finns dock brister i såväl den dokumenterade som den muntliga informationsöverföringen:

- Läkarnas ansvar att löpande föra daganteckningar i patientjournalerna för att säkerställa beskrivningen av vårdförloppet
- Sjuksköterskor och undersköterskors följsamhet till gällande inloggningsregler vid dokumentation i VAS omvårdnadsjournal
- Direktivet att tillämpa kommunikationssättet SBAR vid muntlig informationsöverföring följs inte i tillräcklig omfattning

Revisorerna anser även att det kan finnas en underrapportering för avvikelser som avser kommunikations/informationöverföring. Trots kännedom om bristerna hos hälso- och sjukvårdspersonal görs inte riskbedömningar på detta område.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorernas granskning har stor betydelse för det fortsatta arbetet att förbättra informationsöverföringen i vårdens övergångar så att risken för vårdskador minskar och patientsäkerheten ökar.

Landstingsdirektören får i uppdrag att förbättra informationsöverföring vid vårdens övergångar genom att:

- tillse att alla verksamheter som dokumenterar i VAS redovisar vilka tillämpningsanvisningar som gäller för användare och hur informationen om detta sker
- tillse att alla verksamheter i slutna vård som dokumenterar i VAS säkerställer att enhetliga rutiner om läkares löpande daganteckningar finns tillgängliga och tillämpas
- tillse att implementeringen av SBAR, för muntlig informationsöverföring, genomförs i verksamheterna
- tillse att Hälsoinformatik utvecklar termer och begrepp så att definitionerna i förkortningen SBAR kan användas även i skriftlig dokumentation
- tillse att riskanalys successivt inarbetas som en del i verksamheternas patientsäkerhetsarbete

Tidsplan för förbättringsåtgärderna ska upprättas. Uppföljning av resultat ska ske enligt ledningssystemets egenkontroll för kvalitets- och patientsäkerhet, och redovisas i patientsäkerhetsberättelse.

Åtgärd

Landstingsdirektören kommer under våren 2012 att följa upp divisionernas måluppfyllelse av de två första punkterna om förekomsten av och följsamhet till tillämpningsanvisningar och rutiner vid dokumentation i VAS angående säker informationsöverföring.

Hälsoinformatik påbörjar våren 2012 ett utvecklingsarbete i syfte att utveckla termer och begrepp så att förkortningen SBAR kan användas i dokumentationen.

En riskanalys *Analys för att identifiera risker vid muntlig överrapportering av patientinformation i vårdens övergångar* genomfördes hösten 2011. Analysen identifierade fem förbättringsåtgärder, varav två handlar om totalinförande av kommunikationsverktyget SBAR. Aktiviteter för fortsatt implementering pågår och övriga förbättringsförslag omhändertas av divisionerna genom patientsäkerhetsrådet februari 2012.

Fem av landstingets medarbetare har under hösten 2011 utbildats vid KTH i landstingets rekommenderade metod för riskanalys, Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). Ett nätverk bildades i januari 2012 med syfte att underlätta riskanalysarbetet i och mellan divisionerna. Rutiner för riskanalysarbetet har reviderats enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete och implementeringsarbete pågår.

Granskning av delårsrapport per augusti 2011 (§ 207-2011)

9 december 2011 PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat delårsrapporten för perioden januari – augusti 2011. Syftet med granskningen är att bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål fullmäktige beslutat samt om den upprättats i enlighet med lagstiftning och anvisningar från normerande organ.

Revisorerna konstaterar att:

- Delårsrapporten är upprättad i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.
- Landstingsstyrelsen inte lämnar någon sammanfattande bedömning, vare sig för delårsutfallet eller för prognosen för helåret 2011, över om verksamhetens utfall är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning. Landstingsstyrelsen lämnar inte heller i delårsrapporten någon sammantagen bedömning av om god ekonomisk hushållning uppnås i det finansiella perspektivet.
- Måluppfyllelsen i verksamhetsperspektivet inte fullt ut bedöms vara förenlig med fullmäktiges fastställda mål för 2011.
- Fullmäktige har fastställt tre finansiella mål för god ekonomisk hushållning. Då årsprognosen pekar på att endast ett av dessa tre mål kommer att uppnås, görs bedömningen att landstinget under innevarande år endast delvis kommer att nå fullmäktiges finansiella mål;
- Målet ett positivt resultat före finansnetto uppgående till minst 2 procent av verksamhetens nettokostnader (motsvarar ett delårsutfall på 84 mkr och ett helårsutfall på 130 mkr) kommer enligt prognosen inte att uppnås.
- Målet att nettokostnadernas andel av skatteintäkter, statsbidrag och utjämning skall högst vara 98 procent uppnås inte då prognosen visar på ett utfall på 100 procent.
- Målet om att landstinget skall ha en likviditetsreserv motsvarande lägst 10 procent av nettokostnaderna (motsvarar 420 mkr per augusti respektive 648 mkr vid årsbokslutet) kommer enligt prognosen att infrias under 2011.
- Kommunallagens krav på en ekonomi i balans beräknas enligt prognosen i delårsrapporten att uppfyllas.
- Det prognostiserade resultatet samt SKLs prognoser för 2012 och framåt med en lägre ökningstakt av skatteintäkterna kommer att ställa höga krav på prioriteringar och ledning och styrning av landstingets verksamhet och ekonomi.

Revisorerna bedömer att landstingsstyrelsen, förutom hittills genomförda åtgärder, fortsatt behöver utveckla den ekonomiska styrningen och kontrollen. Detta för att även på sikt uppfylla kommunallagens krav på en ekonomi i balans.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen kan konstatera att årsprognosen för 2011 pekar på att landstinget inte kommer att nå två av de tre finansiella mål för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, dvs målet att resultat före finansiella poster ska vara 2 procent av nettokostnaden samt målet om verksamhetens nettokostnadsandel av skatt och statsbidrag.

Styrelsen kan konstatera att behovet av kostnadsreduktioner är betydande då prognosen visar på en utvecklingstakt där kostnaderna ökar mer än intäkterna. För att även fortsättningsvis nå en ekonomi i balans krävs en fortsatt anpassning av verksamheten.

Åtgärd

Under 2011 har landstinget inte nått två av de tre finansiella målen för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, d v s målen att resultat före finansiella poster ska vara 130 miljoner kr samt att verksamhetens nettokostnadsandel av skatt och statsbidrag ska vara maximalt 98 procent.

Landstingets divisioner redovisar ett underskott mot budget på 233 miljoner kr, vilket är en försämring med 139 miljoner kr sedan 2010. Verksamheterna hade under 2011 sparkrav på 90 miljoner kr, varav 43 miljoner kr har genomförts. Ökade kostnader för bl a riks- och regionsjukvård, läkemedel, sjuktransporter, inhyrd personal och sjukresor påverkar resultatet negativt.

En grundläggande förutsättning för en god ekonomi är att verksamhetens nettokostnad framöver inte ökar mer än tillväxten i skatteintäkter och statsbidrag/utjämningsbidrag. Prognosen för kommande år visar på en utvecklingstakt där intäkterna ökar mindre än kostnaderna. Detta kräver fortsatt anpassning av verksamheten för att nå en ekonomi i balans.

Landstingets följsamhet till riktlinjer och rutiner för höftfrakturer (§ 248-2011)

Ärendebeskrivning

Landstingets revisorer har uppdragit till PricewaterhouseCoopers att granska om landstinget bedriver en ändamålsenlig vård för patienter med höftfraktur.

Granskningen har utförts vid ortopediska kliniken Gällivare och Sunderby sjukhus.

Revisorernas bedömning är sammanfattningsvis att vården och behandlingen vid höftfraktur inte är ändamålsenlig i alla delar:

- I dagsläget nyttjas inom landstinget inte geriatrisk läkarkompetens för konsultation, varken före eller efter operation av frakturen.
- Landstinget saknar länsövergripande vårdprogram för att underlätta och säkerställa hela patientflödet för denna patientkategori. Landstinget saknar även aktualiserade riktlinjer och rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla benskörhet.
- Landstinget deltar sedan 2009 i det nationella kvalitetsregistret Rikshöft. Tillämpningen av rutiner för registrering av uppgifter till registret fungerar emellertid inte tillfredsställande. Därför har landstingets ortopedverksamhet svårigheter att kunna jämföra vården av patienter med höftfraktur mellan olika vårdenheter – nationellt och inom landstinget – och därigenom kunna vara en bas för verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorernas granskning kommer tillsammans med de kommande Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar att utgöra underlag för förbättringar av förebyggande insatser mot benskörhet och vårdprocessen för höftfrakturer.

Biträdande landstingsdirektören med ansvar för berörda divisioner får i uppdrag att förbättra följsamheten till riktlinjer och rutiner för höftfrakturer genom att tillse:

- att den nyligen genomförda översynen av medarbetare från geriatrik och ortopedi som rekommenderar att de ortopedgeriatriska patienterna bör opereras av ortoped men vårdas av geriatrisk team och som resulterat i ett påbörjat förändringsarbete genomförs.
- att det i anslutning till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar upprättas ett länsövergripande vårdprogram för höftfrakturer liksom ett vårdprogram för diagnostik och behandling av osteoporos.
- att de administrativa problem som föranlett att rutinerna för registrering till Rikshöft inte fungerar åtgärdas.

Åtgärd

Det finns en samsyn mellan verksamhetsområdena Rehab/Reuma och Ortopedi om att vården av de ortopedgeriatriska patienterna kan förbättras om de vårdas av personal med geriatrisk kompetens. Problemet är den generella bristen på geriatriker i landet medan kompetensen sannolikt kommer att efterfrågas alltmer inom många specialiteter med anledning av den demografiska utvecklingen i länet.

För att förbättra vården av ortopedgeriatriska patienter i närtid är en möjlighet att erbjuda befintlig vårdpersonal på ortopedavdelning kompetens inom området geriatrik.

Arbetet med att utforma länsövergripande vårdprogram för osteoporos har startat i det landstingsövergripande arbetet kring nationella riktlinjer.

Administrativa problem med registrering i Rikshöft har åtgärdats.