

## Uppföljning av revisionsrapporter

I min rapport till landstingsstyrelsen den 1 februari 2007 (§ 5) redovisade jag en uppföljning av de åtgärder som vidtagits beträffande revisionsrapporterna om landstingets och kommunernas planering och samverkan kring gruppen psykiskt funktionshindrade (§ 6-06), landstingsstyrelsens ansvarsutövande (§ 53-06), årsredovisning 2005 (§ 54-06), akut omhändertagande av äldre (§ 56-06) och läkarnas övertidsarbete 2005 (§ 109-06).

I denna uppföljning redovisas de åtgärder som vidtagits beträffande följande revisionsrapporter från 2006 och 2007:

- Den interna kontrollen inom division Primärvård (§ 187-06).
- Vårdhygien (§ 188-06).
- ”Granskning av vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster” (§ 65-07).
- Införande av folktandvårdens verksamhetssystem Tvist (§ 66-07).
- Ambulanssjukvården (§§ 68 och 103-07).
- Hur landstinget förebygger fallskador (§§ 102 och 138-07).
- Den interna kontrollen inom division Kultur och utbildning (§ 163-07).
- Granskning av nyttjande av fordon (§ 198-07).
- Delårsrapport per augusti 2006 (§ 186-06), Årsredovisning 2006 (§ 64-07), Granskning av delårsrapport per augusti 2007 (§ 199-07).

### **Den interna kontrollen inom division Primärvård (§ 187-06)**

I och med den nya organisationen med regionchefer har rutinerna skärpts ytterligare.

Det innebär att nu finns systematiska dialoger mellan alla nivåer i organisationen. Varje tertiäl har divisionsledningen en dialog, med fokus på verksamhetens resultat i första hand, med alla regionledningar bestående av regionchef och den regionala chefläkaren. Efter denna sker en efterföljande dialog i respektive region mellan regionledning och respektive basenhet/vård-central. Förutom fokus på resultaten, såväl ekonomiskt som medicinskt eller avseende tillgänglighet, är det i denna dialog som verksamheten säkrar processer som verksamhetsplanering och eventuella brister på det området, rutiner som inte fungerar på vissa arbetsplatser etc.

Likaså har tillkomsten av chefläkarfunktionen inom primärvården inneburit att tydliga personer har utsetts som ska arbeta för att lösa de frågor som lyfts upp i revisionsrapporten. Det innebär också att alla frågor inte löses direkt utan det tar viss tid. Avseende rutiner för läkemedelsbiverkningar så finns det idag sådana och nu arbetas det för att förbättra tillämpningen av dessa.

Detsamma gäller för frågan om evidensbevakning/implementering/avveckling av metoder och rutiner. Det finns nu avsatt tid för att successivt förbättra detta, vilket också sker.

**Vårdhygien (§ 188-06)**

## Enheten för vårdhygien

I Socialstyrelsens kunskapsunderlag ”Att förebygga vårdrelaterade infektioner” anges det formella kompetenskravet för expertis inom området vårdhygien. Fr o m den 1 januari 2007 finns en överläkare inom enheten för vårdhygien. Beträffande hygiensjuksköterskor finns det 0,25 vardera i Kiruna (som dock arbetat heltid under 2008 p g a vakanser) och Kalix, 0,5 i Gällivare, 1,0 i Sunderbyn (under tillsättning) och 1,0 för Sunderbyn och Piteå (under tillsättning).

Enhetens uppdrag omfattar sjukhus-, primär- och tandvård.

Ett avtalsförslag om köp av vårdhygienisk expertis av kommunerna med målsättning heltidstjänster och vårdhygienisk kompetens i hela vårdkedjan.är skickat till Kommunförbundet i Norrbotten.

Det är viktigt att enheten för vårdhygien arbetar för att rätt kompetens finns och att tillgången till hygiensjuksköterskor säkras. Lika viktigt är att processer säkras och att enheten för vårdhygien skaffar kunskap i olika förbättringsverktyg, som t ex verktyget Genombrott.

Enheten fortsätter att utveckla arbetet med att bl a genomföra hygienronder som är en metod att beskriva, mäta och säkra den vårdhygieniska standarden. Det yttersta målet är att förebygga vårdrelaterade infektioner. Antalet hygienronder har varit följande under åren 2005–2007:

	2005	2006	2007
<b>Sjukhus:</b>			
Piteå	5	3	12
Kalix	1	2	2
Sunderbyn	0	2	11
Gällivare	23	Folktandv. x 4	18
Kiruna	0	0	1
<b>Primärvården</b>			12

Antalet genomförda hygienronder har ökat markant. Resultat och analyser har återförts till berörda verksamhetschefer som underlag i förbättringsarbete. I Gällivare finns en utarbetad rutin att efter sex månader följa upp att föreslagna åtgärder är genomförda.

Generella riktlinjer för infektionsregistrering har upprättats. I VAS har modulen för infektionsregistrering, d v s IT-stöd för infektionsregistrering uppdaterats och levererats under december månad. Stödet är i skarp drift enligt planerna. Däremot är utbildningen av medarbetarna tagit längre tid än planerat p g a begränsade resurser med rätt kompetens hos utbildaren.

## Förbättringsarbete inom vårdhygien

Den ortopediska vårdkedjan vid Piteå älvuds sjukhus arbetar offensivt med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Det gör även IVAK vid Gällivare och Kalix sjukhus.

Inom rehab/reuma på Sunderby sjukhus pågår ett strukturerat förbättringsarbete i syfte att studera följsamhet till basala hygienrutiner och rätt arbetsdräkt. Studien ska betraktas som test i liten skala för att utvärderas och förbättras för att sedan kunna implementera metoden i all hälso- och sjukvård.

### Den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet

I den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet fokuseras på tre typer av vårdrelaterade infektioner:

- Urinvägsinfektioner i samband med vård.
- Infektioner i samband med centrala venösa infarter.
- Postoperativa sårinfektioner.

Under våren påbörjas ett lärandestyrkt förbättringsarbete med fokus på att stoppa vårdrelaterade infektioner, VRISS. För arbetet används metoden Genombrott som visat sig vara ett kraftfullt verktyg för ändamålet. Målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner innan år 2010.

### Klädkod

Landstingets hygienpolicy baserar sig på Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården m m. En skriftlig broschyr med informativa bilder av den nya arbetsdräkten finns utarbetad. Broschyren är presenterad för vårdens chefer, som i sin tur ska gå igenom basala hygienrutinerna och rätt arbetsdräkt med alla medarbetare inkl vikarier och studerande. Den ska också vara en del av introduktionen för nyanställda. Broschyren finns att beställa på Länservice och är utlagd på vårdhygiens hemsida. Affischer med arbetsdräkten och korta påminnelser finns också framtagna.

Uppföljning av följsamheten till hygienrutinerna med självskattning eller inspektion ska ske som en del av verksamhetens egen redovisning.

### **”Granskning av vissa kostnadsslag – Inhyrd sjukvårdspersonal och externt köpta tjänster” (§ 65-07)**

Under året har landstinget arbetat bredare med att inom landstingets ekonomiska och verksamhetsmässiga ramar skapa en plattform för god läkarförsörjning på specialistnivå. Parallellt med detta arbete har kostnaderna för inhyrd personal följts upp regelbundet av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Riktlinjer för rekrytering och villkor för interna stafetter har utarbetats. Utlandsrekrytering och marknadsföring riktad till läkare genomförs via riktade och väl avvägda insatser.

Inom ramen för arbetsgruppen för läkarförsörjning pågår ett antal aktiviteter, bl a deltagande i en mäsas för ST-läkare i Malmö under oktober månad. Vidare pågår ett arbete för att samordna divisionernas aktiviteter och få till stånd en mer samordnad läkarförsörjning. Dessutom ska gruppen ta fram mål och inriktning för landstingets läkarförsörjningsarbete.

Inom vissa områden kommer köp av tjänster att erfordras löpande under lång tid av kompetensskäl.

### **Införande av folktandvårdens verksamhetssystem Tvist (§ 66-07)**

Den kritik som fanns rörde vissa tekniska brister i systemet, bl a att det gick trögt. Konkret har Folktandvården efter rapporten vidareutbildat användarna, finslipat parameterinställningarna samt bytt serverclustret för att snabba upp systemet. Viss funktionalitet har också vidareutvecklats eller befinner sig under vidareutveckling, t ex teambokning och handdator.

### **Ambulanssjukvården (§§ 68 och 103-07)**

Under 2007 genomfördes ett arbete med att tydliggöra ansvarsfrågan för ambulansverksamheten. Det resulterade i ett dokument "Ledning och styrning av ambulanssjukvården" där organisation, strategiskt inriktning, verksamhetsidé, länsgruppens roll samt ekonomi beskrivs. Av dokumentet framgår bl a att:

- Verksamhetschefen vid den lokala ambulansstationen inom akutsjukvården och primärvården har det formella ledningsansvaret. Medicinskt ledningsansvar ligger på verksamhetschefen eller utsedd medicinskt ledningsansvarig läkare.
- Länschefen för akutsjukvården har medicinskt och administrativt samordningsansvar för ambulanssjukvården i länet.
- En styrgrupp bestående av divisionscheferna för opererande specialiteter och primärvård, länschefen för akutsjukvården, länsansvarig för ambulanssjukvården samt ekonomichefen för primärvården beslutar om övergripande lednings- och styrningsfrågor.
- Några av länsgruppens uppdrag och arbetsuppgifter är att ta fram förslag till gemensamma mål och mått samt kvalitetsindikatorer och följa upp dessa, jämföra nyckeltal och hantera avvikelser.

Arbetet inom området har breddats under det senaste året bl a utifrån schemaläggning och arbetstidslagstiftningen.

### **Hur landstinget förebygger fallskador (§§ 102 och 138-07)**

Antal rapporterade fallskador under 2007 var 272 fördelat på 11 inom primärvård, 22 inom opererande specialiteter, 235 inom medicinska specialiteter samt inga inom vuxenpsykiatri, diagnostik och folktandvård. Fallskada definieras som antingen en oönskad och plötslig händelse som orsakat personskada och som krävt någon form av läkarkonsultation, eller en kroppsskada som uppkommit i samband med fall/fallolycka.

År 2007 är det första året det går att följa antalet fallskador.

Det pågår ett förbättringsarbete i syfte att förhindra fallskador. Ett antal verksamheter deltar också i ett förbättringsarbete i samarbete med respektive kommuner enligt genombrottsmetoden under temat Vårdprevention. Det är ett systematiskt förbättringsarbete med Genombrottsmetoden där fallriskbedömning ingår. Arbetet i Vårdprevention kommer att generera ett nationellt kvalitetsregister som benämns Senior Alert.

Indikatorn fall har särskilt uppmärksammats i avvikelshanteringsprocessen. Inom divisionerna Medicinska specialiteter och Opererande specialiteter pågår ett offensivt förbättringsarbete med att förebygga skador i samband med fall. Som exempel kan nämnas:

- Handlingsplan för ett gemensamt och systematiskt förbättringsarbete med fallprevention har upprättats.
- Inarbetade rutiner för fallriskbedömning finns och hålls alltid aktuella.
- Rutin för fallriskbedömning samt åtgärdsplaner för patienter som bedöms ha fallrisk.
- Fallriskbedömningar görs alltid på patienter över 65 år.

- Vid överflyttningar från operationsbord till säng förflyttas aldrig patienterna utan att en bedömning görs av hur många medarbetare som behövs för att säkert kunna flytta patienten.
- Olika hjälpmedel har köps in och används för att eliminera risk för fall.

I sammanhanget ska också nämnas det förbättringsarbete infektion-/hudvårdavdelning 35 på Sunderby sjukhus genomfört som gått ut på tidiga riskbedömningar på alla patienter som är 65 år och äldre vad gäller fall/fallskador, trycksår och undernäring. Erfarenheterna av detta arbete ska spridas.

#### **Den interna kontrollen inom division Kultur och utbildning (§ 163-07)**

Revisionen bedömde i sin rapport den interna kontrollen som i grunden god.

Genomgången och dokumentationen av riskerna i det praktiska, yrkesinriktade skolarbetet pågår.

Pågår gör också uppdateringen av rutiner för tillbuds- och skaderapportering.

Fr o m 2008 är individuella utvecklingsplaner en del i medarbetarsamtalet för samtliga medarbetare.

Åtgärder med anledning av revisionsrapporten förankrades vid en samverkansdag tillsammans med fackliga företrädare och samtliga chefer inom divisionen.

#### **Granskning av nyttjande av fordon (§ 198-07)**

Följande åtgärder är genomförda:

- Körjournaler i bokform är beställda och distribueras under april 2008. Det kan även bli aktuellt med elektroniska körjournaler.
- Genomförandeplan för upplärning av dels vikarie/-er till länsansvarig och dels av flera som kan bilpoolshanteringen är framtagen.
- Arbetsuppgifterna och instruktionerna för arbetet som utförs centralt av länsansvarig är dokumenterade.
- Enhetliga regler och rutiner för alla bilpooler inkl prissättning och körjournalhantering är utarbetade.

Arbetet med digitalt bilbokningssystem pågår och beräknas vara i full drift före halvårsskiftet 2008. Det är infört i Gällivare, Piteå, Kiruna och Kalix. Landstingshuset ansluts under september och Sunderby sjukhus under oktober 2008. Förslag finns för en gemensam nivå på servicegraden för bilpoolerna i länet. Det beräknas vara genomfört under 2008.

Gemensamma riktlinjer för uppföljning och intern kontroll av fordonshanteringen i landstinget kommer att tas fram under 2008.

#### **Delårsrapport per augusti 2006 (§ 186-06), Årsredovisning 2006 (§ 64-07), Granskning av delårsrapport per augusti 2007 (§ 199-07)**

Under de senaste åren har åtgärder vidtagits genom ett stort antal förbättringsprojekt. Verksamheten hade 2006 sparkrav på 76 mkr, varav 54 mkr genomfördes. Även 2007 hade verksamheten sparkrav, nu på 49 mkr, varav 37 mkr genomfördes. Tyvärr har samtidigt andra kostnader ökat båda åren.

I Landstingsplan 2008 är åtgärder motsvarande 53 mkr inräknade i prognosen och då krävs ytterligare åtgärder för 156 mkr för att nå en ekonomi i ba-

25 AUGUSTI 2008

lans. Divisionerna har planerade åtgärder för motsvarande 90 mkr i sina divisionsplaner. På ledningsgruppen den 17 mars 2008 diskuterades åtgärder utöver de som redan finns i divisionsplanerna.