

Bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 30 januari 2014

Uppföljning av revisionsrapporter 2010–2013

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), 5 maj 2011 (§ 88), 7 mars 2012 (§ 38) och 5 mars 2013 (§ 38) har jag redovisat de åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från revisionsrapporter t o m 2012 med undantag av följande rapporter:

- Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-2010).
- Landstingets följsamhet till riktlinjer och rutiner för höftfrakturer (§ 248-2011).
- Tillämpning av offentlighetsprincipen (§ 80-2012).
- Kris- och katastrofberedskap (§ 82-2012).
- Tolkservice inom landstinget (§ 120-2012).
- Landstingets miljöarbete (§ 121-2012)
- Sjukresor (§ 164-2012).
- Intern kontroll inom EKO-området – en översiktlig granskning (§ 165-2012).
- Omhändertagande av patienters tillhörigheter/värdeföremål (§ 167-2012).
- Det systematiska arbetsmiljöarbetet (§ 204-2012).

Landstingsstyrelsen har under 2013 behandlat följande revisionsrapporter:

- Missbruks- och beroendevården (§ 49-2013).
- Läkemedelsrutiner inom den slutna barnsjukvården (§ 50-2013).
- Semesterplaneringen inom landstinget (§ 51-2013).
- Den uppsökande tandvården – viktig för munhälsan (§ 52-2013).
- Vården av patienter med ätstörningar (§ 53-2013).
- Granskning av årsredovisning 2012 (§ 80-2013).
- Landstingets interna kontroll av ersättningar till privata sjukgymnaster (§ 120-2013).
- Granskning av delårsrapport per april 2013 (§ 145-2013).
- Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt (§ 180-2013).
- Granskning av styrning och uppföljning av avtal inom landstinget (§ 181-2013).

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. Återrapportering av dessa ärenden görs i kommande rapporter till styrelsen avseende uppföljning av revisionsrapporter.

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

Avrapportering 2013:

Projektet Effektiva inköp har påbörjats under 2012 avseende läkemedelsbeställningar. Delprojektet kommer att slutrapporteras i april 2013.

Nästa del i projektet avser övriga beställningar av varor och tjänster. De delprojekten påbörjas under våren 2013 och beräknas avslutas under 2015. De delar av intern kontrollen som omfattas av projektet är:

- Ett förenklat beställningsförfarande genom att beställningar görs i en gemensam portal.
- Förenklad administration av fakturor i och med att kontering, kontroll och attest sker automatiskt vid beställning.
- Bättre kontroll på vad som köps från upphandlade avtal, d v s ökad möjlighet att få köptrohet mot tecknade avtal.
- Ökad prisedvetenhet och möjligheter att styra vad som beställs.

Se svar på revisionsrapport Granskning av styrning och uppföljning av avtal inom landstinget (§ 181-2013).

Ärendet avslutas.

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 geriatriskt 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.

Avrapportering 2013:

Det finns riktlinjer för i stort sett hela vårdkedjan där man har täckt in allt från den prehospitala vården till utskrivning. Under 2014 kommer detta att knytas ihop inom ramen för det arbete som pågår med att varje verksamhetsområde ska identifiera sina huvudprocesser och utse en processledare. Detta arbete är redan påbörjat och kommer att fullföljas första halvåret 2014.

Tillämpning av offentlighetsprincipen (§ 80-2012)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna i Norrbottens läns landsting har PricewaterhouseCoopers granskat om landstingsstyrelsens har en ändamålsenlig tillämpning av offentlighetslagstiftningens regler.

Offentlighetsprincipen avser några grundläggande medborgliga rättigheter och principer för svensk rättsskipning och offentlig förvaltning. Revisorerna har granskat den del av offentlighetsprincipen som handlar om medborgarnas rätt till insyn i landstingets handlingar.

Revisorerna anser att landstingsstyrelsen i tillräcklig omfattning har dokumenterade regler och rutinbeskrivningar avseende handlingars offentlighet och sekretess som kan tillämpas av verksamheterna. De finner det även tillfredsställande att personalen har tillräckliga kunskaper om patientsekretessen.

Enligt revisorernas sammanfattande bedömning är dock tillämpningen av offentlighetsprincipen avseende handlingsoffentligheten inte är ändamålsenlig till alla delar.

Revisionens bedömning grundar sig främst på följande förhållanden:

- Landstingets manuella diarier som förekommer ute i verksamheterna uppfyller inte alltid de krav på registreringar som bör finnas i ett diarium och som det landstingsgemensamma IT-baserade diariet Diabas gör. Det behöver, enligt revisorernas uppfattning, säkerställas ett enhetligt sätt att registrera i dessa manuella diarier så att spårbarheten avseende ärenden är lika god som i Diabas.
- Revisorernas granskning ger tydliga indikationer på att det förekommer en underregistrering av in- och utgående handlingar, främst avseende e-post, till stor del beroende på brister i personalens kunskaper om tillvägagångssättet för registrering. Detta gäller inte den personal som löpande arbetar med registrering av handlingar.
- Rutinen att fullmakter ska finnas för frånvarande personal så att post kan öppnas och registreras av annan personal, trots att adressaten inte är på plats, behöver förankras bättre i verksamheterna.
- Det stickprov revisorerna har låtit genomföra avseende möjligheten att få ut offentliga handlingar visar i vissa fall på brister när det gäller svarstider men framförallt är det inte godtagbart att i flera fall erhöles inget svar alls från berörd handläggare.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

Landstingsstyrelsen anser att offentlighetsprincipen är en av hörnstenarna i ett demokratiskt samhälle. Det innebär att landstingets verksamhet, så långt som patientsekretessen tillåter, ska vara transparent och ske under så öppna former som möjligt. En viktig del av offentlighetsprincipen är att begäran av utlämnande av allmänna handlingar ska hanteras skyndsamt.

Diarieföring är ett sätt att registrera inkommande, utgående och upprättade handlingar. Varje medarbetare, som tar emot eller upprättar en handling, ansvarar själva för att avgöra om handlingen ska diarieföras. Detta gäller även e-post. Det är dock långt ifrån all e-post som behöver diarieföras. Om man är osäker kan man alltid rådfråga någon av huvudregistratorerna.

Landstingsstyrelsen tar till sig revisorernas bedömning om att gällande regelverk och offentlighetsprincipen behöver förankras bättre i landstingets organisation.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att:

- Skapa en landstingsgemensam mall för landstingets manuellt förda diarier som motsvarar kraven på vad ett diarium ska innehålla.
- Sprida information om gällande bestämmelser och rutiner rörande offentlighetsprincipen till de anställda. I uppdraget ingår att särskilt informera om vad som ska diarieföras. Att förfrågningar om utlämnande av hand-

lingar ska ske *skyndsamt*. Om handlingarna inte lämnas ut ska alltid en besvärshänvisning lämnas.

- Skapa en e-post portal där alla regler, rutiner, hantering och diarieföring av e-posten finns samlade.

Åtgärd

- Landstingsgemensam mall för manuellt förda diaries. Målet är att avskaffa manuell registrering inom landstinget. Anledningen är en ökad kontroll, samt ökad ordning och reda bland diarieförda handlingar. Ett gemensamt styrdokument med gällande riktlinjer kommer att tas fram. Riktlinjerna kommer att avse hantering och registrering av olika typer av allmänna handlingar.
- Sprida information om gällande bestämmelser och rutiner rörande offentlighetsprincipen till de anställda m m. Som första åtgärd kommer information om gällande bestämmelser och rutiner att uppdateras och struktureras på den interna webbsidan ”Arkiv och registratur” så att det blir lättare att komma åt och förstå vad som gäller vid utlämnande av olika typer av handlingar. Som andra åtgärd kommer möjligheten att använda ”e-learningtjänsten” att utredas och utbildningssessioner tas fram. Dessa utbildningssessioner ska vara tillgängliga på webbportalen, till vilken all personal inom landstinget har tillgång. Detta anses som ett effektivt stöd för att sprida kunskap snabbt och nå all personal samtidigt.
- Skapa en e-post portal där alla regler, rutiner, hantering och diarieföring av e-posten finns samlade. En e-post portal har byggts upp på Insidan. I nästa steg ska information om vad som gäller för hantering och registrering (som ligger på webbsidan ”Arkiv och Registratur”) uppdateras, kompletteras och förtydligas. Vidare kommer åtgärder att vidtas för att göra informationen mer synlig och lättare åtkomlig för personal, bland annat genom att möjliggöra åtkomst av information direkt från e-post portalen via länken ”E-post hantering och registrering”. En ytterligare åtgärd i form av ett styrdokument, Riktlinjer för hantering och registrering av allmänna handlingar inom landstinget kommer att utarbetas. Hantering och registrering av e-post kommer att omfattas av riktlinjerna.

Avrapportering 2013:

En e-post portal har byggts upp på landstingets insida. I nästa steg ska den information om vad som gäller för hantering och registrering som idag ligger på webbsidan ”Arkiv och Registratur” uppdateras, kompletteras och förtydligas. Genom att möjliggöra åtkomst av informationen direkt från e-postportalen via länken ”E-post hantering och registrering” kommer sedan den uppdaterade informationen att göras mer synlig och lättåtkomlig för personalen. Uppdateringen av webbsidan kommer att ske när omorganisationen är klar för att kunna anpassas till den nya organisationsstrukturen. Arbetet med detta kommer att inledas under år 2014.

Ett gemensamt styrdokument med gällande riktlinjer för hantering och registrering av olika typer av allmänna handlingar är påbörjat och kommer att färdigställas under år 2014.

Riktlinjer och rutindokument gällande Norrbottens läns landsting användning av e-post internt/externt finns upplagd på e-postportalen.

Kris- och katastrofberedskap (§ 82-2012)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets kris- och katastrofberedskap. Den övergripande revisionsfrågan för granskningen har varit om landstingets kris- och katastrofberedskap bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

PwC har funnit att landstinget har lagt mycket kraft på att strukturera och tydliggöra organisation och rutiner för landstingets kris- och katastrofberedskap. PwC bedömer att landstingets kris- och katastrofberedskap i allt väsentligt bedrivs på ett ändamålsenligt sätt utifrån granskningens kontrollmål. Planer, riktlinjer och rutiner samt arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser ger en god grund för kris- och katastrofberedskapen. I samband med granskningen har bl a konstaterats att:

- Landstinget har en ändamålsenlig organisation för kris- och katastrofberedskap som motsvarar lagens krav.
- Ansvarsförhållanden är i stort tydliga och dokumenterade på alla nivåer.
- Det genomförs tillräckliga risk- och sårbarhetsanalyser och övningar.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar Komrevs/revisorernas uppfattning att landstingets kris- och katastrofberedskap bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Landstingets kris- och katastrofplan med bilagor ses över regelbundet i samråd med bl a platschefer på länets sjukhus. Landstinget har ett gott samarbete med andra myndigheter för planering och övning, t ex med länsstyrelsen och andra myndigheter och kommuner. Landstinget deltar även i nationella nätverk för krisberedskap med bla Socialstyrelsen, SKL (Sveriges kommuner och landsting) och MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap). Inom landstinget är ett beredskapsråd inrättat. Beredskapsrådet bemannas av säkerhetschef och säkerhetssamordnare från regional nivå samt platschefer från lokal nivå. I rådet planeras bl a hur landstingets kris- och katastrofberedskap kan utvecklas och för att diskutera och hantera beredskapsrelaterade frågor.

Inom följande områden har förbättringsmöjligheter identifierats:

- Ansvarsfördelning mellan regional och lokal nivå.
- Samverkan med kommuner och polis vad avser övningsverksamhet och ledning på skadepplats.
- Katastrofmedicinsk utbildning, bl a krisstöd och särskild sjukvårdsledning.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att:

- Genomföra översyn av regionalt och lokalt planverk avseende ansvarsfördelning, samverkan och krisstöd.
- Utarbeta landstingsgemensamma riktlinjer för den katastrofmedicinska utbildningen.

Åtgärd

Översyn av regional och lokal samverkan är genomförd och skrivningar är införda i katastrofplanen och bilagan "Krisstöd" är uppdaterad. Riktlinjer
--

för katastrofmedicinsk utbildning är fastställda. Alla dokument finns under Säkerhetsportalen/Kris- och katastrofberedskap.
Ärendet avslutas.

Tolkservice inom landstinget (§ 120-2012)

Ärendebeskrivning

PwC Kommunal Sektor har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om landstingsstyrelsens tolkservice är ändamålsenlig. Granskningen omfattar såväl språktolk som teckentolk.

Granskningen har genomförts inom divisionerna Primärvård, Medicinska specialiteter, Folk tandvård, Vuxenpsykiatri samt tolkcentralen.

En översiktlig granskning har gjorts med följande kontrollmålsområden:

- Det finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för anlitan­de av tolk.
- Det finns dokumenterad organisation och ansvars­fördelning av tolkverksamheten.
- Riktlinjer och rutiner tillämpas av verksamheterna.
- Det finns dokumenterade avtal/överenskommelser som tillgodoser verksamheternas behov av tolk.
- Det sker en löpande uppföljning och rapportering av gällande rutiner och rutiner följs.
- Det finns en kunskap inom landstinget om patienters, verksamheternas och andra intressenters nöjdhet med landstingets tolkservice.

Slutsatser

Revisorerna konstaterar sammanfattningsvis att landstingets tolkservice endast delvis är ändamålsenlig:

- Av granskningen framgår att språktolk nästan uteslutande sker via telefon. Tolkserviceverksamheten fungerar i stort sett bra, men det finns verksamheter vars behov i nuläget inte kan tillgodoses och där närvarotolk vore önskvärt.
- Det finns brister i den ekonomiska uppföljningen av språktolksverksamheten. Ett flertal granskade enheter genomför endast en sporadisk uppföljning av att erhållen faktura motsvarar den tolkservice som har givits.
- Landstingets avvikelshanteringssystem används inte enhetligt och systematiskt vid de tillfällen som tolkservice fungerar otillfredsställande.
- Någon systematisk uppföljning av tolkservice, ur såväl patient- som verksamhetsperspektiv, genomförs inte. Revisorerna bedömer därför att landstingets kunskap om hur tolkservice fungerar är bristfällig.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen vill börja med att klargöra att i det som revisorerna benämner med ”tolkservice” består av både den språktolkning landstinget köper av extern leverantör samt den teckentolkning som landstinget själv utför till döva, dövblinda och hörselskadade.

Revisionen konstaterar sammanfattningsvis att tolkserviceverksamheten i stort sett fungerar bra. Språktolkning sker nästan uteslutande via telefon, men det finns verksamheter där närvarotolk (språktolk) vore önskvärt och

där behovet i nuläget inte kan tillgodoses. Detta anser landstingsstyrelsen är olyckligt eftersom behovet av att förstå och bli förstådd är en självklar demokratisk rättighet för alla patienter i deras kontakter med landstinget. Om inte tolkverksamheten fungerar effektivt kan det innebära en patientsäkerhetsrisk eftersom brister i kommunikation mellan vårdgivare och patient kan t ex leda till felaktiga beslut och agerande från båda parter sida.

Om Språkservice (som är landstingets leverantör av språktolkning) inte kan erbjuda närvarotolk så har landstinget rätt att vända sig till andra leverantörer för tolkbeställning, vilket också förekommer. Styrelsen konstaterar att frågan om närvarotolkning inte är helt oproblematiskt eftersom det råder brist på språktolkar i Norrbotten. Att anlita språktolkar från andra län kan vara både opraktiskt och kostsamt pga avståndet och tidsåtgången. Med anledning av detta anser styrelsen att möjligheterna att i större utsträckning använda sig av videotolkning bör utredas som ett komplement till närvarotolk.

Revisionen anser också att det finns brister i den ekonomiska uppföljningen av språktolksverksamheten. Ett flertal granskade enheter genomför endast en sporadisk uppföljning av att erhållen faktura motsvarar den tolkservice som har givits. Här anser styrelsen att uppföljningen av fakturorna måste ske av de enheter som beställt och anlitat tolk (som har kännedom om tidpunkt och tidsåtgång för tolksamtalen). Styrelsen bedömer att det inte är praktiskt möjligt att centralt granska dessa fakturor, utan att det ska ligga i de enskilda verksamheternas eget intresse att ha kontroll på sina utgifter.

Revisionen anser att landstingets avvikelshanteringssystem inte används enhetligt och systematiskt vid de tillfällen som tolkservice fungerar otillfredsställande. När det gäller språktolkning vill styrelsen poängtera att eventuella avvikelser inte ska åtgärdas av landstinget utan av leverantören.

Språkservice (leverantören av språktolk) registrerar avvikelser inkomna från landstinget (antingen skriftligen eller via telefon) i ett eget avvikelshanteringssystem och dessa avrapporteras sedan till landstinget årligen. Även om landstinget inte direkt kan åtgärda eventuella avvikelser hos leverantören anser styrelsen att det är viktigt att internt inom landstinget följa avvikelser när det gäller språktolk. Detta för att få kunskap om huruvida landstingets verksamheter är nöjda med tolkservicen (avvikelser kan användas som underlag för kvalitetsutvecklingsarbete, t ex ligga till grund för ev omförhandling av avtal).

För att få en bättre avvikelshanteringsprocess när det gäller dessa ärenden pågår det ett arbete med att ta fram en landstingsgemensam rutin för att externa avvikelser ska handläggas på ett likartat sätt. Denna rutin ska sedan kopplas ihop med informationen gällande tolkbeställning så att den som beställer tolktjänst också ska veta hur man agerar om något inte fungerar. Om språktolkningen inte fungerar tillfredsställande ska avvikelserna först registreras i avvikelshanteringssystemet och sedan ska kopia skickas till leverantören för åtgärd.

Revisorerna konstaterar att någon systematisk uppföljning av tolkservice, ur såväl patient- som verksamhetsperspektiv, inte genomförs och bedömer därför att landstingets kunskap om hur tolkservicen fungerar är bristfällig. Styrelsen är av uppfattningen att det inte är rimligt att landstinget ska ägna sig åt systematisk uppföljning av språktolkning ur ett patientperspektiv (t ex genom enkäter eller liknande). Detta ligger istället i första hand i leverantörens intresse att göra. Däremot ska den verksamhet inom landstinget som anlitar tolktjänsten (oavsett om det gäller språktolk eller teckentolk), så fort en pati-

ent uttrycker missnöje med tolksituationen eller så fort verksamheten får kännedom om att patienten är missnöjd, registrera en avvikelse enligt gällande rutiner i avvikelsehanteringssystemet. Tolkcentralen får även respons hur tolkningen fungerar via tolk- och brukarråd.

När det gäller uppföljningen av tolkservice ur ett verksamhetsperspektiv anser styrelsen att landstinget har en relativt god bild av hur den fungerar genom den uppföljning som sker via löpande träffar med landstingets interna upphandlingsgrupp (där olika divisioner finns representerade och ansvarar för att ta in synpunkter från sina verksamheter). Teckentolksverksamheten får omedelbar återkoppling från verksamheterna, om t ex en döv person varit ineliggande på en vårdavdelning sker en dialog mellan beställare och tolkcentralens samordning/eller enhetschef direkt. Någon ytterligare uppföljning ur ett verksamhetsperspektiv anses inte behövlig.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att utreda om videotolkning ska ingå i nästa kravspecifikation för upphandlingen av språktolkning. Sammanfattningsvis anser styrelsen att detta uppdrag tillsammans med pågående förbättringsåtgärder när det gäller avvikelsehanteringen kommer att rätta till de brister som framkommit i revisionsrapporten.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

80 procent av innehållet berör språktolkning, som är en kommunal angelägenhet. Den språkservice som Syn- och hörselenheten använder är oftast språktolkning över telefon.

Revisorerna bedömer att landstingets kunskap om hur tolkservice fungerar är bristfällig eftersom någon systematisk uppföljning av tolkservice, ur såväl patient- som verksamhetsperspektiv, inte genomförs. När det gäller uppföljning vid landstingets tolkcentral görs det brukarenkäter cirka vartannat år. Resultatet av dessa redovisas sedan på kommande tolk- och brukarråd. Resultaten från enkäterna har i stort sett varit mycket bra.

Hur sker responsen från brukare som kan vara missnöjda? Tolkcentralen kan få frågor direkt om en brukare är missnöjd med något. Ett annat forum är Tolk- och brukarrådet och ett tredje är anmälan till Patientnämnden, som hänt då och då.

För att öka tillgängligheten för döva brukare som är ineliggande på något av våra fem sjukhus undersöks för närvarande möjligheten att köpa in en bildtelefon till respektive sjukhus. Syftet är att den döva patienten ska kunna hålla kontakt med anhöriga, tolkcentral och andra berörda. Frågan kommer att lyftas till respektive närsjukvårdschef.

Landstingets miljöarbete (§ 121-2012)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna inom Norrbottens läns landsting har PwC Kommunal Sektor granskat landstingets miljöarbete.

Granskningens revisionsfråga handlar om huruvida landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder syftande till att landstingets verksamheter formulerar konkreta miljömål och handlingsplaner för att bedriva ett ändamålsenligt miljöarbete, samt om den interna kontrollen av det miljöarbete som bedrivs är tillräcklig.

För att besvara revisionsfrågan har följande fem frågeställningar/kontrollområden belysts av revisorerna:

- Förekomst av miljömål och riktlinjer för ett aktivt miljöarbete
- Koppling till landstingets miljöpolicy, nationella och regionala miljömål
- Miljöarbetets organisering utifrån ansvarsfördelning och styrstruktur
- Tillämpning av gällande direktiv, riktlinjer etc
- Styrelsens och divisionernas uppföljning och rapportering av miljöarbetet.

Granskningen har avgränsats till divisionerna Primärvård, Medicinska specialiteter, Opererande specialiteter, Folk tandvården, Service, Kultur- och utbildning samt till Länsstrafikbolaget. Granskningen har genomförts via en kombination av dokumentstudier, intervjuer och verksamhetsbesök.

Revisionens samlade bedömning är att landstingets verksamheter endast i begränsad omfattning formulerat konkreta miljömål och handlingsplaner för att bedriva ett ändamålsenligt miljöarbete. Framförallt är det inom sjukvårdsdivisionerna som revisorerna ser ett behov av att både målarbetet och intern kontroll måste utvecklas.

Ambitionen att inordna miljöarbetet som en integrerad del av den övriga verksamheten är således inte till fullo genomförd än.

Det noteras att organisatoriska förutsättningar finns för ett aktivt miljöarbete inom landstinget, bl a genom att det finns ett aktivt centralt miljönätverk där landstingets miljöledare, miljösamordnare och ett antal nyckelpersoner med miljöarbetsuppgifter ingår.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen noterar på samma sätt som revisorerna att genom den årliga miljöredovisningen erhåller styrelsen information hur landstingets miljöarbete fortlöper i sin helhet.

Landstingsstyrelsen noterar att nivåerna ovanför enhetscheferna som svarar för planering, verksamhetsutveckling och investeringar i sjukvårdsdivisionerna är oerhört viktiga i ett framsynt och framgångsrikt miljö- och hållbarhetsarbete.

För att få fullt genomslag för miljöpolicy och dess huvudområden energi, transporter och produkter ger landstingsstyrelsen landstingsdirektören i uppdrag att genomföra följande åtgärder:

- 1 Säkerställa att samtliga divisionsledningarna uppfattat sitt uppdrag med utgångspunkt från miljöpolicy och dess huvudområden genom att skriftligt fördela miljöarbetsuppgifter neråt i organisationen.
- 2 Informera och utbilda divisionsledningarna i miljöfrågor och dess regelverk.
- 3 Säkerställa att landstingsplanens miljömål bryts ner i respektive divisionsplan och underliggande verksamhetsplaner.
- 4 Se till att miljöarbetet ska vara integrerat i den ordinarie verksamheten och ingå som en naturlig del i allt planerings- och förändringsarbete.
- 5 Säkerställa att miljöfrågor finns med i introduktionsprogrammen av nya medarbetare och att miljöfrågorna utgör en del i chefsutbildningsprogrammen.
- 6 Informera bolag och stiftelser där landstinget på ett eller annat sätt är engagerat om att miljöpolicyns färdriktning ska beaktas.

7 Utveckla internkontrollen av landstingets miljöarbete.

Åtgärd

Landstingsstyrelsen godkände den 5 mars 2013 2012 års miljöredovisning. Av miljöredovisningen framgår att landstingets miljöarbete utvecklas positivt inom många områden bl a vad gäller energieffektivisering och utvecklingen inom distansöverbyggande teknik där vi ser resultat i ett minskat resande med tjänstefordon.

Utifrån de konkreta åtgärder som landstingsstyrelsen beslutade om våren 2012 pågår det ett kontinuerligt förbättringsarbete bl a inom ramen för det landstingsgemensamma miljönätverket där alla divisionsledningar är representerade.

Bland de åtgärder som genomförts under 2012 eller ska genomföras under 2013 är:

- **Beslut:** Säkerställa att samtliga divisionsledningar uppfattat sitt uppdrag med utgångspunkt från miljöpolicyen och dess huvudområden genom att skriftligt fördela miljöarbetsuppgifter neråt i organisationen.
 - **Åtgärd:** Samtliga divisionsledningar har via divisionens miljösamordnare blivit informerade om respektive divisions ansvar i miljöfrågorna.
 - Mallar för att skriftligt fördela ansvaret finns framtagna. Endast Folkandvården har fördelat ansvar skriftligt idag.
 - Avsikten är att cheferna ska genomgå en miljöutbildning innan delegering skrivs under. En basutbildning för chefer kommer att tas fram.
- **Beslut:** Informera och utbilda divisionsledningarna i miljöfrågor och dess regelverk.
 - **Åtgärd:** Samtliga divisionsledningar har varit inbjudna till den årliga miljödagen i mars där miljöansvar med utgångspunkt från miljöbalansen och miljöpolicyen var ett huvudtema. Miljödagen 2013 samlade 180 personer.
- **Beslut:** Säkerställa att landstingsplanens miljömål bryts ner i respektive divisionsplan och underliggande verksamhetsplaner.
 - **Åtgärd:** Miljöfrågorna i divisionsplanerna har varit ett huvudtema vid ett av miljönätverksmötena under 2012. Divisionerna har hunnit olika långt. Resultatet i stort vad gäller divisionsplanerna

Division	Strategiska miljömål	Antal miljömål	Kommentarer
Service	Ja	10	Eget avsnitt om miljöledning
Folkandvård	Ja	10	Särskild miljöplan
Kultur och utbildning	Ja	3	
Diagnostik	Ja	5	Särskild miljöbilaga
Primärvård	Ja	5	Särskild miljöbilaga
Länsteknik	Ja	3	
Medicinska specialiteter	Ja	8	Särskild miljöbilaga
Opererande specialiteter	Ja	3	
Vuxenpsykiatri	Ja	3	

- **Beslut:** Se till att miljöarbetet ska vara integrerat i den ordinarie verksamheten och ingå som en naturlig del i allt planerings- och förändrings-

arbete.

- **Åtgärd:** Miljöfrågorna har en central roll i samband med förändringsarbete som byggande och upphandling särskilt i samband med utvecklingsarbetet vid Sunderby sjukhus.
- **Beslut:** Säkerställa att miljöfrågor finns med i introduktionsprogrammen av nya medarbetare och att miljöfrågorna utgör en del i chefsutbildningsprogrammen.
 - **Åtgärd:** Har ej åtgärdats ännu.
- **Beslut:** Informera bolag och stiftelser där landstinget på ett eller annat sätt är engagerat om att miljöpolicyens färdriktning ska beaktas.
 - **Åtgärd:** Alla bolag och stiftelser har informerats om miljöfrågor av Regionala enheten i samband med ägardialogerna.
- **Beslut:** Utveckla internkontrollen av landstingets miljöarbete.
 - **Åtgärd:** Metoder och områden tas fram under 2013.

Avrapportering 2013:

- 2 Web-utbildning framtagen. Test pågår.
- 3 Kontakter har tagits med berörda handläggare för att diskutera hur miljöperspektivet kan behandlas i landstingets nya planeringsmodell. Den nya organisationen inom sjukvården ställer nya krav på hur samverkan kring miljö ska hanteras lokalt. Utvecklingsarbetet fortsätter under 2014.
- 4 Miljöfrågorna har hittills hanterats enligt planerat vid byggnationerna vid Sunderby sjukhus. Ett exempel på en mindre lyckad förändring är vid stängning av sterilcentraler vid Kiruna och Kalix sjukhus då miljöpåverkan inte beaktades fullt ut innan beslut togs.
- 5 Lokalt genomförd utbildning innehåller miljö inom några divisioner. Den centralt anordnade chefsutbildningen har under 2013 inte haft något miljöinslag.

Revisionsrapport Sjukresor (§ 164-2012)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna i Norrbottens läns landsting har PwC Kommunal sektor översiktligt granskat landstingets hantering och rutiner av sjukresor. Granskningen har gällt om landstingsstyrelsens rutiner för medicinsk bedömning av rättighet till sjukresor är ändamålsenliga.

På grund av de oklarheter som framkommit i granskningen rekommenderas landstingsstyrelsen allmänt att utreda handläggningar, rutiner och ansvarsförhållanden kring den medicinska bedömningen för val av sjukresa. Landstingsstyrelsen måste också uppmärksamma den motsättning som finns kring sjukresor mellan patienter med sina förväntade behov av sjukresa och vårdpersonalens ekonomiska krav på återhållsamhet att bevilja sådana resor. Revisorerna anser att ett antal förbättringsområden och frågeställningar bör diskuteras för att utveckla denna omfattande verksamhet så att den blir säker och korrekt för de patienter som är i behov av sjukresa:

- Det finns olikheter, och saknas entydiga rutiner, mellan vårdenheterna för hur vårdpersonalen gör medicinska bedömningar av patientens färdväg från vårdenheten till hemorten. Här finns behov av en närmare vägledning om vad en sådan bedömning samt sådana rutiner bör omfatta.

- Det finns skillnader kring vilken yrkeskategori som utför den medicinska bedömningen av val av färd sätt för sjukresor. Revisorerna anser att landstingsstyrelsen bör diskutera vem/vilken yrkeskategori som har rätt att utföra denna medicinska bedömning.
- Revisorerna anser att landstingsstyrelsen bör diskutera vad den medicinska bedömningen inför val av färd sätt har för status gentemot lagar och författningar. Om bedömningen är en del av vårdtillfället och det sker olika medicinska bedömningar mellan vårdenheterna frågar sig revisorerna om detta är ”vård på lika villkor”.
- Inte vid någon av de granskade vårdenheterna har det skett någon dokumentation av den medicinska bedömningen som görs vid val av färd sätt vid sjukresor. Revisorerna anser att landstingsstyrelsen bör diskutera om och hur sådana medicinska bedömningar bör dokumenteras.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

Landstinget har enligt lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skyldighet att utge reseersättning vid resa i samband med öppen och slutna hälso- och sjukvård med flera resor. Landstinget har inte skyldighet att anordna sjukresor till skillnad mot kommunerna som har skyldighet att anordna färdtjänst.

Revisionsrapporten inriktar sig främst på den del av sjukresorna som sker från vårdenheten och behandlar inte resorna till vården.

Vid beställning av sjukresa till vården använder sig beställningscentralens personal av en checklista, som revideras löpande, för att bedöma lämpligaste färd sätt för patienten. Beställningscentralen gör ingen medicinsk bedömning utan grundar sig på de uppgifter som patienten lämnar. Dessutom finns det i beställningscentralens system inlagt uppgifter om patienter som av medicinska skäl under en behandlingsepisod måste åka till exempel taxi. Det kan röra sig om infektionskänsliga patienter, patienter som behandlas med cytostatika, dialyspatienter med flera. Dessa uppgifter är olika detaljerade och motiverade.

I revisionsrapporten framgår det att gällande regelverk för bedömning av färd sätt tillämpas olika inom verksamheterna. Vissa enheter följer regelverket, medan andra inte gör det fullt ut och det kan också ha utvecklats vissa egna tillämpningar, vilket inte ska förekomma. Det kan uppstå konflikter mellan patienternas förväntningar på färd sätt och vad hälso- och sjukvårdspersonalen anser motiverat. Om regelverket tillämpas som det är tänkt minskar risken för konflikter.

De beslut som över tiden fattats om förändring av verksamhetsstrukturen i länet har i vissa fall inneburit att en del patienter fått ändrade resvägar till och från vården. Detta faktum får emellertid inte innebära att patientsäkerheten åsidosätts i samband med sjukresor.

Revisorerna anser att det saknas rutiner för bedömningar av patientens färd sätt från vårdenheten till hemorten. Landstingsstyrelsen konstaterar att en sådan rutin har utarbetats, efter modell från region Skåne. Rutinen finns tillgänglig på webben (nllplus) sedan i maj 2012. Insatser för att göra rutinen mer känd för verksamheterna ska ske under hösten.

Rutinen ska kompletteras med uppgifter om att färd sättet ska bedömas utifrån en helhetssyn av patientens hälsotillstånd och omvårdnadsbehov i relation till resans längd och bekvämlighet. Det bör också ske en riskbedömning,

till exempel för infektionskänsliga patienter. Faktorer som var patienten bor, hur utbyggd kollektivtrafiken är, vilken tid på dygnet resan sker, patientens hjälpbehov och patientens ålder måste även de vägas in i bedömningen.

Landstingsstyrelsen konstaterar att regelverket för sjukresor inte entydigt anger vilken yrkeskategori som ska göra den medicinska bedömningen av patientens behov av färdmedel. Styrelsen anser att det inte är nödvändigt att det är en läkare som gör bedömningen. Enligt landstingsstyrelsens mening kan det vara mer ändamålsenligt att även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, ett vårdteam eller patientens fasta vårdkontakt bedömer vilket färd sätt som är lämpligast vid det aktuella tillfället. Frågan får avgöras från fall till fall. Det viktiga är att bedömningen sker med utgångspunkt i fastställda och kända kriterier.

Landstingsstyrelsen anser även att bedömningen av val av färd sätt ska dokumenteras på sådant sätt att det går att spåra vem som gjort bedömningen och på vilka grunder.

När det gäller frågan om bedömningen av valet av färdmedel utgör en del av patientens vårdbesök/vårdtillfälle anser landstingsstyrelsen att så inte är fallet. Anledningen till detta är att ersättningssystemet för sjukresor i grunden är ett återbäringsystem som säkerställer att patienterna under fastställda förutsättningar får ersättning för del av sin kostnad för att resa till och från vården. Det innebär att det är patienten som sist och slutligen avgör hur en sjukresa ska genomföras (även om en vårdgivare gjort en medicinsk bedömning i ärendet). Ersättning för det valda färdmedlet lämnas om regelverkets krav är uppfyllda enligt de bedömningar som landstinget gör.

Mot bakgrund av styrelsens redovisning lämnas följande uppdrag

- För att ge bättre underlag för beställningscentralens bedömningar ges landstingsdirektören i uppdrag att utforma ett standardiserat intyg som kan användas vid bedömning av behovet av färdmedel. Behovet av eventuella följeslagare ska också framgå av intyget.
- Landstingsdirektören får i uppdrag att följa upp att bedömningsrutinen för sjukresor från vårdinrättningar är känd av och tillämpas av verksamheterna.
- Landstingsdirektören får i uppdrag att se till att det utarbetas lämpliga sökord och en rutin för dokumentationen av beslut om val av färdmedel i patientens journal.

Åtgärd

Tidigare avrapportering:

Vad gäller standardiserat intyg pågår ett arbete tillsammans med Länsstrafikens beställningscentral att utarbeta ett förslag till intyg, bland annat efter modell från övriga landsting i norra regionen. När förslaget är klart kommer det komma några enhetschefer inom vården att få bedöma det.

När intyget är färdigt kommer det att göras känt i verksamheterna.

Möjligheten att dokumentera i patientens journal under sökordet kommer att finnas från och med den 1 mars 2013.

Avrapportering 2013:

I samarbete med Beställningscentralen och ett par vårdverksamheter med relativt många sjukresepatienter har ett intyg för sjukresor med dyrare färd sätt som taxi, ensamåkare i taxi, flyg etc tagits fram. Dessutom har checklistan för beställning av sjukresor uppdaterats.

Ärendet avslutas.

Intern kontroll inom EKO-området – en översiktlig granskning (§ 165-2012)

Ärendebeskrivning

I media dyker signaler om korruption och oegentligheter upp med jämna mellanrum. De oegentligheter som under senare tid uppmärksammats har inte enbart ekonomiska konsekvenser för aktuella kommuner/landsting utan har även negativ inverkan på medborgarnas förtroende.

Det är väsentligt att landstinget har ett ändamålsenligt förebyggande arbete och god intern kontroll som syftar till att begränsa riskerna för att oegentligheter kan uppstå, med påföljd att förtroendet för landstinget skadas.

PwC Kommunal Sektor har på uppdrag av landstingets revisorer översiktligt granskat landstingsstyrelsens interna kontroll inom EKO-området (Etik, Korruption, Oegentligheter).

Granskningens revisionsfråga har varit om landstingsstyrelsens interna kontroll avseende EKO-frågor är tillräcklig utifrån följande kontrollmål:

- Styrelsen har genomfört riskbedömningar på området.
- Styrelsen har utarbetat rutiner och riktlinjer för ett förebyggande arbete samt för åtgärder vid eventuella händelser.
- Rutiner och riktlinjer är kända i organisationen, de tillämpas och det genomförs kontroller i syfte att förebygga och upptäcka eventuella oegentligheter.
- Uppföljning och återrapportering sker till styrelsen avseende risker, förebyggande arbete och faktiska/eventuella händelser.

Utifrån den analys av dokument och de intervjuer vid ett antal divisioner och enheter som genomförts bedömer revisorerna att landstingsstyrelsens interna kontroll inom området inte är tillräcklig.

Granskningen visar att det finns behov av att analysera och överväga en utveckling av den interna kontrollen i sammanhanget. Detta för att säkra landstingsstyrelsens interna kontroll men också, om situation skulle uppstå, stärka anställda i deras bedömningar av vad som är tillåtet eller inte.

- Landstingets gemensamma rutiner och riktlinjer innehåller kopplingar och vägledande delar till en värdegrund och ett förebyggande arbete inom området. Därtill finns specifika rutiner avseende ekonomiadministration som syftar till att förebygga och upptäcka t ex oegentligheter. Vidare finns riktlinjer/rutiner för polisanmälan som ger visst stöd när det gäller brott inom organisationen.

Det finns dock inte något samlat dokument som beskriver värdegrund, etik och moral, eller något dokument som tydliggör grunder för och följer av otillåtna handlingar och beteenden, varken på övergripande nivå eller på verksamhetsnivå. Det finns heller inga rutiner och riktlinjer eller övriga vägledande dokument som kan vara stöd för såväl chefer och anställda vid eventuella misstankar om t ex oegentligheter.

- En god intern kontroll vilar på en bedömning av risker i organisationen. Det finns ingen dokumenterad riskbedömning med utgångspunkt i ett EKO-perspektiv inom landstinget. Riskbedömningar inom verksamheter-

na är främst koncentrerade till administrativ service som hanterar stora utbetalningar och utifrån dessa bl a löpande kontrollerar fakturor med höga belopp, representation och fakturor med alkoholhaltiga drycker.

- Då riskbedömning enligt ovan saknas finns heller inte någon systematiserad kontroll utifrån identifierade risker förutom de som görs av administrativ service i det löpande arbetet. Följaktligen ser revisorerna ett behov av att kontrollsystemet utvecklas utifrån riskbedömningar inom verksamheterna.
- Det finns vissa gränsdragningar som inte är tydliga avseende vad man som landstingsanställd kan tillåta sig att bli bjuden på av extern part. Denna otydlighet bidrar till en icke enhetlig tillämpning och revisorerna ser därför ett behov av att tydliggöra riktlinjerna i vissa avseenden. Vidare finns behov av att i verksamheterna tydliggöra och utveckla kontrollen avseende regelverket vad gäller tjänsteresor kopplat till privata bonuskort.

Av granskningen framgår att det inför styrelsen inte redovisats någon plan för uppföljning av den interna kontrollen eller någon löpande rapportering av densamma i enlighet med landstingets gemensamma regler och riktlinjer. Från vissa divisioner återrapporteras kring den interna kontrollen i årsrapporten, dock inte alla trots att det av divisionsplanerna framgår planerade kontroller under året.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning om att det är väsentligt att ha ett ändamålsenligt förebyggande arbete och god intern kontroll som syftar till att begränsa riskerna för att oegentligheter kan uppstå, vilket medför att förtroendet för landstinget skadas.

Revisorernas granskning visar bland annat att det finns ett behov av att analysera och överväga en utveckling av den interna kontrollen i syfte att säkra landstingsstyrelsens interna kontroll, men också, om situation skulle uppstå, stärka anställda i deras bedömningar av vad som är tillåtet eller inte.

Landstingsstyrelsen ger mot denna bakgrund landstingsdirektören i uppdrag att med utgångspunkt från revisionsrapporten genomföra en översyn av vilka förbättringar och riskbedömningar, sett ur ett EKO-perspektiv (etik, korruption, oegentligheter), som bör genomföras inom landstinget.

Vad gäller intern kontroll så pågår redan ett arbete med att ta fram tillämpningsanvisningar för intern kontroll samt förslag på hur internkontrollplan och uppföljningen av denna ska redovisas.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

En tillämpningsanvisning för intern kontroll är framtagen och en internkontrollplan kommer årligen att fastställas av styrelsen. Uppföljning av internkontrollplan kommer att redovisas som ett ärende vid styrelsemötet i mars nästkommande år.

Skrivning om bonus till den enskilda resenären vid tjänsteresor är borttaget från regelverket eftersom det inte finns någon möjlighet för landstinget att kontrollera detta. Medarbetarens ansvar vid tjänsteresa framgår dock av landstingets regler och riktlinjer.

Ärendet avslutas.

Omhändertagande av patienters tillhörigheter/värdeföremål (§ 167-2012)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål. Den övergripande revisionsfrågan för granskningen har varit om landstingsstyrelsens interna kontroll avseende omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål är tillräcklig.

Komrev har funnit att landstingets interna kontroll för omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål inte är tillräcklig och att förbättringsområden finns. Bl a saknas en landstingsgemensam riktlinje för hur omhändertagandet av patienters tillhörigheter och värdeföremål ska ske.

I samband med granskningen har bl a konstaterats:

- Det förekommer att patienters tillhörigheter försvinner men inte i så stor utsträckning.
- Största risken för att värdeföremål ska försvinna är i händelsekedjor som sträcker sig över flera vårdenheter.
- Det finns en i huvudsak tydlig ansvarsfördelning inom landstingets organisation för omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål.
- Det finns möjlighet att dokumentera omhändertagna värdeföremål i landstingets vårdadministrativa system VAS.
- Samtliga dokumenterade rutiner vid de granskade vårdenheterna fastställer att värdeföremål ska förvaras i de värdepåsar som går att beställa från landstingets centralförråd.
- Befintliga rutindokument är ändamålsenliga då de i stor utsträckning följer rekommendationerna från den nationella Vårdhandboken.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning att om rutiner saknas för omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål, kan det leda till skadat förtroende för landstinget. Vidare kan personalen bl a utsättas för oberättigade misstankar, hot eller våld, vilket inte är acceptabelt.

Utformningen av lokala rutiner för hur omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål ska ske måste tas fram av ansvarig chef. Det är av stor vikt att riktlinjer och rutiner omfattar dokumentation och hantering av värdeföremål då patient överflyttas till annan vårdenhet då detta ses som den svagaste länken i händelsekedjan.

Styrelsen delar också uppfattningen att uppföljning och rapportering är svag och kan förbättras. Införande och anpassning av avvikelshanteringssystemet Synergi kommer att förbättra den strategiska uppföljningen och rapporteringen kring avvikelser i omhändertagandet av patienters tillhörigheter och värdeföremål.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören följande uppdrag:

- Ta fram riktlinjer med utgångspunkt i den nationella Vårdhandboken för hur omhändertagande av patienters tillhörigheter och värdeföremål ska ske
- Anpassa avvikelshanteringssystemet Synergi för att förbättra den strategiska uppföljningen och rapporteringen kring avvikelser i omhändertagandet av patienters tillhörigheter och värdeföremål.
- Sprida information om gällande riktlinjer.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

Framtagande av riktlinjer för omhändertagande av tillhörigheter och värdeföremål utifrån vårdhandboken pågår och beräknas vara färdig andra kvartalet 2014. Flera enheter har redan utarbetat lokala rutiner.

Ärendet avslutas.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet (§ 204-2012)

Ärendebeskrivning

PwC Kommunal sektor har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om landstinget bedriver ett ändamålsenligt och systematiskt arbetsmiljöarbete. Granskningen innefattar även en uppföljning av om landstinget vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån 2010 års granskning av säkerhets- och arbetsmiljöarbete med inriktning mot hot och våld mot personalen.

Den övergripande revisionsfrågan för granskningen har varit om landstingsstyrelsen bedrivit ett ändamålsenligt och systematiskt arbetsmiljöarbete.

PwC konstaterar att det finns landstingsövergripande och dokumenterade riktlinjer och rutiner samt att det därutöver finns rutinbeskrivningar, mallar och stödljnade dokument som ger goda förutsättningar för att bedriva ett ändamålsenligt och systematiskt arbetsmiljöarbete.

Vidare konstateras att:

- Ansvarsfördelning avseende fördelning av arbetsmiljöuppgifter är tydlig men att det finns chefer i organisationen som saknar skriftlig uppgiftsfördelning
- Organisationens tillämpning av riktlinjer inom arbetsmiljöområdet är inte helt ändamålsenlig.
- Generella riskbedömningar görs inte i tillräcklig utsträckning. Riskbedömningar i samband med förändringar utförs däremot systematiskt i verksamheten.
- Skaderapporteringen sker på ett systematiskt sätt men däremot sker inte tillbudsrapportering i tillräcklig utsträckning.
- Rapportering till landstingsstyrelsen avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet sker ej regelbundet.

Gällande uppföljning av granskningen "Säkerhets- och arbetsmiljöarbete med inriktning mot hot och våld mot personalen" konstateras att utbildningsinsatser genomförts och att dessa gett resultat i positiv riktning. Vidare konstateras att det fortfarande är fråga om underrapportering, systematiska riskbedömningar görs ej i tillräcklig utsträckning, larm saknas och det finns personal som är osäkra på larmprocessen. Dessutom konstateras att

landsingsstyrelsen ej erhållit någon rapportering om omfattningen av hot och våldssituationer som riktats mot landstingets personal.

Revisionens bedömning är att landsingsstyrelsen inte har säkerställt att tillräckliga åtgärder vidtagits utifrån 2010 års granskning.

I revisorernas rapport uppmanas landsingsstyrelsen att utveckla det systematiska arbetsmiljöarbetet inom organisationen och i samband med detta beakta resultatet av genomförd granskning. Vidare uppmanas landsingsstyrelsen att vidta ytterligare åtgärder med anledning av 2010 års granskning avseende ”säkerhets- och arbetsmiljöarbete med inriktning mot hot och våld mot personalen”.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landsingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning att det systematiska arbetsmiljöarbetet är viktigt för att skapa en god arbetsmiljö fri från ohälsa och olycksfall. De regler och tillämpningsanvisningar som finns framtagna i landstinget ska användas för att säkerställa en god arbetsmiljö. Resultatet av det systematiska arbetsmiljöarbetet som bedrivs i verksamheten ska årligen rapporteras till landsingsstyrelsen.

Rutiner och systemstöd för handläggning av avvikelser inom arbetsmiljöområdet har tagits fram. Under 2013 påbörjas införandet avseende rapportering och handläggning av tillbud och arbetsskador (arbetsmiljöavvikelser) i det landsingsgemensamma avvikelsestödet Synergi. Detta kommer att ge förutsättningar att arbeta förebyggande med analyser och åtgärder inom hela arbetsmiljöområdet inklusive området hot och våld.

Landsingsstyrelsen ger landsingsdirektören i uppdrag att säkerställa att landstingets regelverk och tillämpningsanvisningar för det systematiska arbetsmiljöarbetet används samt att rapporteringen till landsingsstyrelsen förbättras.

Åtgärd

Det systematiska arbetsmiljöarbetet har fortlöpande förbättrats med anpassningar i avvikelshanteringssystemet för arbetsmiljöärenden, metoden för riskbedömningar i verksamheten reviderats samt att fördelning av arbetsmiljöuppgifter till chefer ses över. Chefer och skyddsombud som har behov av den grundläggande arbetsmiljöutbildningen har under året beretts plats. Det är totalt 72 chefer och skyddsombud som deltagit, varav 65 kvinnor och sju män. Kommande år införs dessutom en kompletterande interaktiv utbildning för landstingets chefer.

Under år 2013 kommer arbetet med att tydliggöra och systematisera rapporteringen av det systematiska arbetsmiljöarbetet till landsingsstyrelsen att intensifieras samt att verksamheten uppmärksammas på vikten av att använda landstingets regelverk och tillämpningsanvisningar för det systematiska arbetsmiljöarbetet ytterligare.

Avrapportering 2013:

Under året har landstingets styrdokument setts över och beslut om arbetsmiljörelaterade styrdokument tas under år 2015. Rapportering till landsingsstyrelsen kommer fr o m 2014 att ske i ordinarie rapportering inom perspektivet medarbetare. Under året har landstingets arbetsmiljöledningssystem utarbetats. Färdigställande och lansering sker under kommande år. Den interaktiva arbetsmiljöutbildningen har publicerats och rutiner avse-

ende fördelning av arbetsmiljöuppgifter har upprättats.

Missbruks- och beroendevården (§ 49-2013)

Ärendebeskrivning

Landstingets revisorer har uppdragit till PwC att granska landstingets missbruks- och beroendevård. Granskningen har genomförts i samverkan med kommunrevisorerna i sju av länets kommuner.

Den sammanfattande bedömningen är att landstingsstyrelsen i flera avseenden inte har säkerställt att det bedrivs en ändamålsenlig missbruks- och beroendevård samt att den interna kontrollen i vissa fall inte är tillräcklig.

I revisionsrapporten konstateras att den av landstingsstyrelsen antagna *Länsstrategi för missbruks- och beroendevården i Norrbotten* är ett viktigt övergripande styrdokument som ger landstinget och kommunerna en god grund att utgå ifrån när det gäller till exempel ansvarsfördelning och samverkan. Granskningen visar dock att strategin behöver förankras bättre, utvecklas och tydliggöras, inte minst på lokal nivå.

Sammanfattningsvis visar granskningen att:

- Mål och uppdrag för missbruks- och beroendevården finns inte i tillräcklig omfattning på verksamhetsnivå. Detta skapar en osäkerhet avseende ansvar och åtagande vilket påverkar samarbetet internt inom landstinget och med kommunerna negativt.
- Enligt länsstrategin har landstinget ett ansvar för tillnyktring och abstinensbehandling. Det finns dock oklarheter hos både landstingets och kommunernas personal avseende vilka verksamheter som ansvarar för olika insatser till olika grupper av missbrukare och beroende.
- Samarbetet mellan primärvården/vårdcentralerna och kommunerna fungerar ofta bra. Däremot rapporteras att samarbete mellan den specialiserade vården (vuxenpsykiatri och internmedicin) och kommunerna inte fungerar tillfredsställande.
- Nya droger och olika typer av missbruk, till exempel olika former av blandmissbruk, ställer personalen inför svåra situationer i mötet med missbrukare och beroende. Området missbruk och beroende behöver lyftas fram vid utbildningsplaneringar vid de enheter som möter denna patientgrupp.
- Det saknas i stort sett uppföljningar av missbruks- och beroendevården inom landstinget.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i länet. Insatserna handlar framförallt om att tillgodose behov av tillnyktring, abstinensbehandling, medicinsk diagnostik och behandling samt att erbjuda olika former av psykosocialt stöd och psykosocial behandling.

Revisionsrapportens sammanfattande bedömning visar att missbruks- och beroendevården i länet behöver utvecklas. De brister som uppmärksammats är allvarliga och fordrar samlade insatser. Det handlar dels om att inom landstingets olika verksamheter tydliggöra mål, ansvarsförhållanden och

vårdnivåer men att även tydliggöra samarbetsytor mellan länets kommuner och landstinget.

En hel del har redan gjorts men mycket återstår innan personer med missbruks- och beroendeproblematik i hela länet får adekvata vård- och stödinsatser utifrån sina behov.

Införandet av närsjukvård i landstinget fordrar också större tydlighet i ansvarsförhållandena mellan länsnivå och lokal nivå inom landstingets verksamheter och i förhållande till kommunernas ansvar.

Den av Landstingsstyrelsen i maj 2011 antagna Länsstrategin för missbruks- och beroendevården i Norrbotten tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen på ett övergripande plan. Innehållet i strategin behöver dock göras känt i högre grad än vad som är fallet idag. Det behöver också inom landstingets verksamheter tydliggöras vilka verksamheter som har huvudansvar för vilka delar i vårdprocessen. Detta gäller inte minst abstinensvården som är ett ansvar för hälso- och sjukvården. Den av Primärvården Luleå-Boden, Medicinkliniken och Vuxenpsykiatrien Sunderbyn antagna Remissöverenskommelsen (RÖK) om riktlinjer för inläggning vid Missbruks- och beroendeenheten för Luleå och Boden utgör en god grund att bygga vidare på i ett länsperspektiv. I sammanhanget kan även noteras att personer med missbruks- och beroendeproblem som är bosatta i de fyra kommunerna i östra Norrbotten inte har tillgång till vård behandling på samma villkor som personer boende i Luleå och Boden trots att även de ingår i upptagningsområdet för Vuxenpsykiatrien Sunderbyn.

Landstingsstyrelsen understryker i sitt beslut om Länsstrategi för missbruks- och beroendevården att verksamheten ska bygga på evidens. Landstingsstyrelsen stödjer också ambitionerna att etablera ett kompetenscentrum med ansvar för stöd och spridning av kunskap i länet. Kompetenscentrum ska bistå det lokala arbetet ute i länet med råd och stöd i framförallt abstinensbehandling och läkemedelsbehandling men även utgöra ett samlat kompetenscentrum för generell kunskapsspridning och konsultativt stöd utifrån evidensbaserad praktik och därmed verka för effektiv resursanvändning. Centrat ska även tillhandahålla vårdplatser för abstinensbehandling av hög kvalitet som led i en vårdkedja vid särskilt svåra tillstånd som inte klaras ute i länet. Styrelsen vill särskilt understryka vikten av att, även i ett kortare tidsperspektiv, utveckla landstingets samlade insatser för personer med missbruks- och beroendeproblem.

I början av 2012 bildades vuxenpsykiatrins beroenderåd under ledning av en psykiater med särskild kompetens inom missbruks- och beroendområdet. Syftet är att, utifrån de ökade krav och förväntningar som ställs på psykiatrien i mötet med personer med beroendeproblem, ge dessa personer god vård och behandling. En förutsättning för detta är att vuxenpsykiatrins personal i hela länet har god kunskap och kompetens att möta patienterna. Beroenderådet har vidare i uppdrag att bidra till beroendevårdens struktur och utveckling i länet. Beroenderådet bidrar till tydliggörande av psykiatrins roll när det gäller frågor rörande missbruk och beroende och kan också bidra till att skillnader i länet minskar. Beroenderådets medlemmar har vid fortbildningstillfällen även förmedlat kunskaper till personal inom primärvård och barn- och ungdomspsykiatri om beroendeproblematik.

Verksamhetsområde medicin har inför 2013 identifierat behov av att genomföra utbildningsinsatser till läkare och övrig vårdpersonal angående bemötande, samtalsmetodik, medicinsk utbildning m m när det gäller patienter

med missbruks- och beroendeproblem. Eventuellt också en utbildningsinsats avseende sekundärprevention i form av översiktliga genomgångar till kliniker om vad man bör tänka på i samtal med personer med missbruks- och beroendeproblem. Utgångspunkten är verksamhetens huvudansvar på medicinavdelningarna och IVA/HIA, att ta hand om somatiska komplikationer vid missbruk

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård publicerades 2007. Riktlinjerna omfattar både medicinska och sociala insatser som ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. Sveriges Kommuner och Landsting har träffat överenskommelse med landstinget och Kommunförbundet Norrbotten om stöd till implementering av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Kunskap till Praktik). I överenskommelsen åtar sig landstinget och kommunerna i länet att implementera de nationella riktlinjerna. Inom ramen för Kunskap till Praktik har personal från landstinget och kommunerna fått en bred basutbildning i missbruks- och beroendeproblematik. De nationella riktlinjerna är i färd att revideras. Chefläkare primärvård är Norrbottens representant i den nationella prioriteringsgruppen vars arbete kommer att avslutas juni 2013. Hösten 2013 startar den regionala implementeringen.

Som ett led i att stärka den kunskapsbaserade och jämlika vården planeras, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna, att inrätta en expertgrupp för missbruks- och beroendevården i landstinget. Detta initiativ får ses som ett sätt att öka kunskaperna och medvetenheten om vilka insatser som har störst effekt och vilka insatser som eventuellt bör utmönstras. Expertgruppen rekommenderas få till uppgift att bland annat göra den tidigare nämnda rutinen angående abstinensbehandling Luleå-Boden till en länsövergripande rutin.

Utifrån Missbruksutredningens förslag (SOU 2011:35) beslutade regeringen den 31 januari om en lagrådsremiss om missbruks- och beroendevården. Förslagen innebär bland annat ett förstärkt och lagstadgat krav på samverkan mellan kommuner och landsting. I lagrådsremissen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Syftet med ändringarna är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2013.

Styrelsen välkomnar förslaget om ett förstärkt och lagstadgat krav på samverkan mellan huvudmännens och bedömer att detta kommer att ge ökad klarhet i vad respektive huvudman förväntas ansvara för när det gäller insatser till personer med missbruks- och beroendeproblem

Landstingsstyrelsen tar till sig revisorernas bedömning om att missbruks- och beroendevården behöver utvecklas i hela länet.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att:

- Implementera Länsstrategin för missbruks- och beroendevård i Norrbotten. I uppdraget ingår att tydliggöra mål och uppdrag för missbruks- och beroendevården på verksamhetsnivå samt att särskilt tydliggöra vilka verksamheter som ansvarar för insatser när det gäller tillnyktring och abstinensbehandling.
- I samarbete med länets kommuner initiera insatser, som bidrar till att personer med missbruks- och beroendeproblem erbjuds jämlik vård i hela länet. I uppdraget ingår att tillförsäkra att det planerade kompetenscentrat för missbruks- och beroendevård etableras i samverkan med länets kommuner.

- Utifrån de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård bilda en expertgrupp med bred och djup kompetens inom området med uppdrag att bidra till kunskapsbaserad och jämlik vård i länet.
- Tillförsäkra att personal som möter personer med missbruks- och beroendeproblem har adekvata kunskaper inom området.
- Utveckla uppföljningen av insatser inom missbruks- och beroendområdet.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

Under ledning av länsstyrgruppen pågår ett omfattande utvecklingsarbete av missbruks- och beroendevården i länet, som omfattar såväl implementering och uppdatering av länsstrategin, överenskommelse med kommunerna om samverkan kring patientgruppen i enlighet med den nya lagstiftning som trädde i kraft den 1 juli i år, tillskapande av ett länsövergripande kompetenscentra vid Sunderby sjukhus samt bildande av en expertgrupp tillsammans med kommunerna för kunskapsstyrning utifrån de nationella riktlinjerna.

Sedan flera år finns inom vuxenpsykiatrin ett nätverk för kompetensutveckling av personal som möter personer med missbruks- och beroendeproblem. Det arbetet fortsätter och har under året förstärkts ytterligare genom att en av ST-läkarna specialiserar sig inom missbruksområdet.

I planeringsprocessen inför 2014 har indikatorer för styrning och ledning tagits fram för missbruksområdet inom vuxenpsykiatrin. Fastställande av indikatorer för uppföljning ingår även i det gemensamma utvecklingsarbetet med kommunerna.

Läkemedelsrutiner inom den slutna barnsjukvården (§ 50-2013)

Ärendebeskrivning

PwC kommunal sektor har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om läkemedelshanteringen inom den slutna barnsjukvården är tillräckligt patientsäker. Granskningen har utförts inom division Medicinska specialiteter och omfattar den barnsjukvård som bedrivs vid Gällivare sjukhus och Sunderby sjukhus.

Helhetsbedömningen är att läkemedelshanteringen inom de båda granskade enheterna är tillräckligt patientsäker men att det finns förhållanden där förbättringar kan göras. Landstingets revisorer anser att:

- Det systematiska kvalitetssäkringsarbetet på de båda enheterna avseende läkemedelshandling bör förstärkas enligt SOSFS 2011: 9. Detta mot bakgrund av att medicinering av små barn är särskilt riskfyllt.
- Riskanalyser enligt landstingets riktlinjer bör genomföras och adekvat rapportering av avvikelser inom läkemedelshandling ska ske.
- Det pågående utvecklingsarbetet och implementeringen av det IT-baserade stödsystemet för ordination inte är tillräckligt tydligt och effektivt när det gäller uppdrag och organisation samt en kontrollparameter i stödsystemet avseende barnets vikt.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar revisionens bedömning att läkemedelshanteringen och medicinering av små barn är riskfylld och ställer höga krav på säkerhet. Med hänvisning till SOSFS2011:9 (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) görs riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering för att säkerställa läkemedelshandling och medicinering av små barn. Doseringsmallar på de vanligast förekommande läkemedlen är upprättade eftersom de flesta läkemedel inte är anpassade för små barn. Mallarna används för ordination och administrering av läkemedlet. Dessa doseringsmallar är jämförda och närmast identiska med de som används på Astrid Lindgrens barnsjukhus, och genomgångna av utomstående apotekare. Övriga risker som definierats och arbetas med är förväxlingsrisk av läkemedel med snarlika etiketter.

Vikten av att rapportera avvikelser i Synergi kommer att tas upp ytterligare på arbetsplatsträffar och kommer även i fortsättningen att tas upp på enhetsmöten och ledningsmöten. Verksamheten har redan i dag en stående punkt på dessa möten men kommer att uppmana till att använda Synergi i större utsträckning. Uppföljning av antal inrapporterade ärenden följs i Synergiportalen. Vårdchefen går för närvarande en utbildning i riskanalys som kommer att leda till att riskanalyser kommer att utföras på ett mer systematiskt sätt enligt landstingets riktlinjer.

Läkemedelsmodulen i VAS (LmB) är en ordinationsmodul. I det system som används på Astrid Lindgrens barnsjukhus finns en databas med viktprogram integrerad i ordinationssystemet som varnar om t ex en rekommenderad dos överskrids. VAS saknar förutsättningar för denna lösning men trots detta är bedömningen att LmB totalt sett ändå ökar patientsäkerheten.

I nuläget pågår en process för att börja använda VAS-läkemedelsmodul i barnsjukvården.

Utvecklings- och implementeringsarbetet har därför inriktats på att ordningställa spädningssmallar som programmeras in i VAS läkemedelsmodul. Mallarna är genomgångna av apoteket i Sunderbyn och de är jämförda med motsvarande på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Vidare genomförs utbildning där läkarna tränar ordinationer för olika åldrar och kroppsvikt i modulen. Detta startade på våren 2012 och fortsätter under hösten.

Ytterligare åtgärder för att höja säkerheten inför införande av LmB:

- För att undvika störningar vid läkemedelshandling kommer dörren till läkemedelsrummet att hållas stängd.
- Vid sjuksköterskemöten kommer cheferna att upplysa om vikten av att skriva avvikelser i Synergi när ordinationerna är otydliga.
- En ny utbildning i läkemedelshandling om hur olika läkemedel verkar på barn m m kommer att anordnas.
- Apoteket har kontaktats för att göra extern kvalitetskontroll av tre läkemedelsrum på Sunderby sjukhus.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

Läkemedelsmodulen är införd på slutenvårdsavdelningarna 44 och 45. Processen pågår för införande av LmB även på avdelning 56 för nyfödda. Särskild uppmärksamhet finns för rätt ordination på denna avdelning. LmB är ej införd i Gällivare. Läkare och sjuksköterskor på Sunderby sjukhus har haft utbildning i omgångar. Kvalitetskontroll av mallarna för nyfödda är

genomförd av apotekare.

Rutinerna för avvikelserapportering följs och kvalitetskontrollen är beställd för läkemedelsrummen.

Semesterplaneringen inom landstinget (§ 51-2013)

Ärendebeskrivning

PwC Kommunal sektor har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om landstingsstyrelsen har en ändamålsenlig planering och uppföljning av verksamheten under de intensiva semesterperioderna. Granskningen omfattar divisionerna Primärvård, Medicinska specialiteter, Opererande specialiteter och Diagnostik. Granskningen har avgränsats till Sunderby och Piteå Älvdals sjukhus. Inom Primärvården omfattas granskningen av en vårdcentral i Luleå samt vårdcentralerna i Pajala, Arvidsjaur och Överkalix.

PwC konstaterar sammanfattningsvis att landstingsstyrelsens planering och uppföljning av verksamheten under de intensiva sommarperioderna bör vidareutvecklas för att till fullo kunna bedömas vara ändamålsenlig. Bedömningen grundas på att produktionsplaneringen inte säkerställer att tillgänglighetsmålen nås och att rekryteringsprocessen inte är tillräckligt säker.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Vården ska vara tillgänglig och säker oavsett årstid. Landstinget ska kunna erbjuda en bra arbetsmiljö och bemanning där varje medarbetare i god tid får besked om när sommarsemestern infaller. Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning om att semesterplaneringen bör vidareutvecklas för att säkerställa detta.

Baserat på tidigare uppföljning och analyser har ett arbete initierats inför sommarperioden 2013 vars intentioner ligger väl i linje med de förbättringsområden som revisorerna har uppmärksammat.

Följande åtgärder ska vidtas:

- Verksamhetsplaneringen ska effektiviseras, tidigareläggas och i högre grad samordnas för att målen ska uppnås. Länschefer/motsvarande ansvarar för samordningen.
- Vid bemanningsplaneringen ska olika personalkategorier samplaneras. I möjligaste mån bör även eventuell överkapacitet/frigjord personal samordnas och omfördelas för att säkerställa bemanningen på alla enheter/motsvarande. Länscheferna ansvarar och verkar för att personalen används där den mest behövs utifrån sin kompetens.
- Rekryteringsprocessen ska säkerställas genom att tydligare och mer samordnat definiera vikariebehov samt i högre grad samordna och effektivisera processen.
- Personalplaneringen och schemalaggningsplaneringen under sommaren ska bygga på tre grundprinciper:
 - Tre semesterperioder under juni – augusti
 - Hela veckoarbetstiden ska läggas ut – arbetspassen ska fördelas jämt under schemaperioden
 - Fasta scheman under sommaren för optimering av tillgängliga personalresurser

Eventuella avsteg från riktlinjerna ska prövas av respektive divisionsledning efter ansökan från ansvarig linjefe. Semesteransökningar ska vara inlämnade senast den 28 februari. Planering av ledigheter ska vara klar till 1 april.

Syftet med åtgärderna är att

- Erbjudna en patientsäker vård oavsett årstid
- Klara tillgänglighetsmålet på minst 70 procent för väntande inom 60 dagar även under sommaren
- Minska de totala kostnaderna för vikarier, övertid och inhyrd personal under sommarsemesterperioden juni – augusti (jämfört med 2012)
- Skapa gemensamma och samordnade riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdivisionerna för att underlätta och förbättra sommarplanering samt uppföljning av uppnådda resultat.

Eftersom arbetet är komplext, berör alla sjukvårdsdivisioner samt i hög grad är påverkat av svårigheter att rekrytera specialistsjuksköterskor och läkare måste arbetet bedrivas långsiktigt för att nå ett tillfredställande resultat. De insatser som nu vidtas bör därför betraktas som en inledande process med syfte att säkerställa bemanning, tillgänglighet, god patientsäkerhet och en bra arbetsmiljö oavsett årstid

Åtgärd

Redovisat i landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 31 oktober 2013.
Ärendet avslutas.

Den uppsökande tandvården – viktig för munhälsan (§ 52-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om landstingsstyrelsens interna kontroll över landstingets uppsökande munhälsobedömning för äldre och funktionshindrade är tillräcklig.

Granskningen pekar på ett antal områden som bör diskuteras för att utveckla landstingets uppsökande tandvård så att den är säker för de patienter eller vårdtagare som är berättigade till den:

- Behovet av bättre verktyg för landstingets uppföljning av verksamheten för den uppsökande tandvården.
- Säkrare rutiner för att, i dialog med länets kommuner, kunna få kontakt med alla dem som är berättigade till uppsökande tandvård.
- Driva frågan om att förslaget till överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner om ansvarsförhållanden för den uppsökande tandvården klargörs och förverkligas.
- Mer än idag, regelbunden rapportering till landstingsstyrelsen om verksamheten för den uppsökande tandvården.

Revisorerna bedömer att ansvaret för den uppsökande verksamheten inom landstinget är tydlig mellan landstinget och de två leverantörer som utför tjänsterna.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen konstaterar att revisorernas bedömning är att det finns ett antal områden som behöver diskuteras för att utveckla landstingets uppsökande tandvård.

Avseende påpekandet kring behovet av bättre verktyg för landstingets uppföljning av verksamheten för den uppsökande tandvården så är det ett område som beställaravdelningen i landstinget kontinuerligt arbetar med. En årsrapport om den uppsökande tandvårdens omfattning tas fram vilket även kompletteras med enkätuppföljningar för de boende på kommunernas särskilda boenden. Arbeta pågår med att under 2013 utveckla uppföljningen ytterligare, bl.a. som ett led i uppföljningen av kommande överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner.

Avseende revisorernas bedömningar om säkrare rutiner för att, i dialog med länets kommuner, kunna få kontakt med alla dem som är berättigade till uppsökande tandvård så kommer inom ramen för det nya avtalet med Folktandvården ett pilotprojekt genomföras, tillsammans med berörd kommun. En utökning av informationsinsatserna kommer också att ske under året, inte minst gentemot länets 14 kommuner.

Under året kommer överenskommelsen mellan landstinget och länets kommuner om ansvarsförhållanden för den uppsökande tandvården klargöras och förverkligas. Förslag till överenskommelse finns framtagna och kommer enligt plan att behandlas i Länsstyrgruppen under mars 2013.

När det gäller revisorernas bedömning om att mer än idag, regelbunden rapportering till landstingsstyrelsen om verksamheten för den uppsökande tandvården kommer landstingsstyrelsen att säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna följa verksamheten.

Den uppsökande verksamheten är beroende av flera aktörer, landstinget, kommunerna, vårdgivaren och den berättigade. Landstinget har huvudansvaret för verksamheten och är i hög grad beroende av kommunerna för att identifiera de berättigade. I det fall det i framtiden vore möjligt med samordnad revision av verksamheten, där såväl kommuner som landsting granskas, skulle det troligen ge en ännu större förbättringspotential.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

- Behovet av bättre verktyg för landstingets uppföljning av verksamheten för den uppsökande tandvården.
Åtgärder: Överenskommelse har tecknats med Folktandvården med bl a tydliggörande av att uppföljning ska ske en till två gånger per år. Första avtalsuppföljningen genomfördes i november 2013. Uppföljningen syftar till att föra en dialog kring utveckling av verksamheten samt genomgång av verksamheten.
- Säkrare rutiner för att, i dialog med länets kommuner, kunna få kontakt med alla dem som är berättigade till uppsökande tandvård.
Åtgärder: Ett pågående utvecklingsarbete för att kvalitetssäkra tillgång till de som är berättigade till uppsökande tandvård. Krav i överenskommelsen med Folktandvården att utbildning ska hållas minst två gånger per kommun och år.
- Driva frågan om att förslaget till överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner om ansvarsförhållanden för den uppsökande tandvården klargörs och förverkligas.
Åtgärder: Överenskommelsen är beslutad i landstingsstyrelsen.

- Mer än idag, regelbunden rapportering till landstingsstyrelsen om verksamheten för den uppsökande tandvården.
Åtgärder: Uppföljning i samband med delårsrapporter samt årsrapport.
Det pågående utvecklings- och förbättringsarbetet fortsätter.
Ärendet avslutas.

Vården av patienter med ätstörningar (§ 53-2013)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna i Norrbottens läns landsting har PwC Kommunal Sektor granskat landstingets vård av patienter med ätstörningar. Revisionsfrågan för granskningen har varit om landstingsstyrelsen bedriver en ändamålsenlig vård av patienter med ätstörningar. Granskningen har fokuserat på: Styrning/mål, likvärdig vård, vårdprocess, uppföljning och rapportering samt kommunikation med kommunerna.

Den sammanfattande bedömningen är att landstingsstyrelsen till stor del bedriver en ändamålsenlig ätstörningsvård. Styrningen och uppföljningen behöver dock utvecklas. Revisorerna markerar särskilt följande förhållanden:

- Länsperspektivet och verksamhetsuppföljningen behöver stärkas inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) genom att länsgemensamma riktlinjer och mål tas fram och tillämpas för ätstörningsvården.
- Vuxenpsykiatri behöver säkerställa att det länsgemensamma vårdprogrammet för ätstörningar tillämpas vid alla de enheter som bedriver vård av ätstörningspatienter, samt att det lokalt finns mätbara mål för ätstörningsvården som löpande följs upp.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar revisorernas bedömning att landstinget till stor del bedriver en ändamålsenlig ätstörningsvård. I likhet med revisorernas iakttagelser är det emellertid angeläget att utveckla länsperspektivet i ätstörningsvården med syfte att öka förutsättningarna för en likvärdig vård för patientgruppen, oavsett ålder och var i länet man bor.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i länet saknar länsövergripande vårdprogram för vården av patienter med ätstörningar. Det finns dock lokala vårdprogram och kliniska riktlinjer avseende ätstörningsvården vid flertalet av enheterna inom BUP.

Ledningsgruppen för Barn- och ungdomspsykiatri i länet har i december 2012 beslutat att ett länsgemensamt vårdprogram för ätstörningar ska utarbetas under våren 2013 vilket möjliggör att mål och mått kan fastställas för 2014. Syftet är att säkra likvärdig vård i länet.

Vuxenpsykiatri har ett länsgemensamt vårdprogram för ätstörningsvård från 2009. Inom ramen för samarbetet i psykiatrifrågor i Norrland (Psykiatri Norr) finns också en samverkan med norrlandstingen när det gäller ätstörningsvården. Det länsgemensamma vårdprogrammet tillämpas dock i olika stor utsträckning inom vuxenpsykiatriens verksamhetsområden. Det finns flera tänkbara förklaringar till detta förhållande - olika historiska traditioner, kompetensbrister, särskilt fokus för vissa patientgrupper m m. Division vuxenpsykiatri avser att inom ramen för den fortsatta verksamhetsutvecklingen säkerställa att vårdprogrammet tillämpas lika över länet.

För att på ett tydligt sätt kunna följa upp behandlingsinsatserna är det angeläget identifiera och systematiskt följa upp effekter av de insatta insatserna. Vuxenpsykiatrien har i sina verksamhetsplaner för 2013 identifierat följande två mått hämtade från RIKSÄT - Nationellt kvalitetsregistret för ätstörning:

- Andel patienter som är fria från diagnos ett år efter behandlingsstart.
- Förbättring av GAF- skattad funktionsförmåga vid ätstörning ett år efter behandlingsstart.

Målet, för båda måtten, är att andelen inte ska understiga riksgenomsnittet.

Vuxenpsykiatrien satsar aktivt på att öka inrapporteringen till de psykiatriska kvalitetsregistren, däribland RIKSÄT. Detta ligger också i linje med prestationskraven för den nationella psykiatrisatsningen för år 2013.

Styrelsen anser, i likhet med exempel från andra landsting, att patienter med ätstörningsproblem ska erbjudas samlade insatser från länets psykiatri och i nära samarbete med den somatiska vården. Då ätstörningar ofta debuterar i unga år krävs en väl fungerande samverkan mellan barn- och vuxenklinikererna inom såväl psykiatri som somatik. Detta för att utveckla vården och bidra till ökad kunskapsintegrering och kontinuitet i vården utifrån den enskildes behov.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att:

- Säkerställa en likvärdig och jämn vårdkvalitet vid alla de enheter som erbjuder vård till patienter med ätstörning.
- Initiera och stödja insatser som bidrar till ökad kontinuitet i vården för patienter med ätstörningsproblem oavsett ålder.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

Fortsatt implementering av vårdprogrammet för ätstörningar har uppmärksammats inom vuxenpsykiatrien i takt med ett ökat fokus under året på vikten av hög täckningsgrad i kvalitetsregistren. Användningen av kvalitetsregisterdata för att bedriva ett ständigt förbättringsarbete utifrån verksamhetens resultat har uppmärksammats på olika sätt inom vuxenpsykiatrien. Norrbotten uppnådde också under året prestationskravet inom PRIO-satsningen när det gäller registrering i kvalitetsregister.

Ett fortsatt arbete med implementeringen av vårdprogrammet för en jämlik vård över hela länet är dock nödvändig inom den kommande närsjukvårdsorganisationen. Detsamma gäller utveckling av ytterligare nivåstrukturer och kontinuitet i vården för patienter med ätstörningsproblem oavsett ålder.

Under 2013 har ett länsgemensamt vårdprogram avseende ätstörningar utarbetats inom barn- och ungdomspsykiatrien och implementerats i verksamheterna.

Granskning av årsredovisning 2012 (§ 80-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat årsredovisningen för 2012. 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 efterlevnaden av balanskravet samt om resultatet i årsredovisningen är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat om.

Revisorerna konstaterar att:

- Årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven i lagen om kommunal redovisning samt i övrigt är upprättad enligt god redovisningssed. Räkenskaperna bedöms som rättvisande och årsredovisningen bedöms i allt väsentligt redogöra för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen.
- Landstinget lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans 2012.
- Samtliga tre finansiella måltal uppnås för 2012. Den finansiella måluppfyllelsen bedöms som god men med notering om att årets resultat delvis beror på de intäkter av engångskaraktär som fallit ut under året.
- Landstingets ekonomiska situation och utveckling bedöms fortsatt svag. Divisionerna redovisar ett sammantaget underskott på 138 miljoner kronor mot budget. Av 135 miljoner kronor i sparplaner så lyckades divisionerna spara 99 miljoner kronor. Målet uppnås alltså inte även om det är en procentuell förbättring i jämförelse med föregående år.
- Utifrån årsredovisningen görs bedömningen att det verksamhetsmässiga resultatet endast delvis är förenligt med de mål som fullmäktige beslutat om. I likhet med tidigare påpekande så lämnar däremot inte landstingsstyrelsen sin samlade bild av om de anser att verksamhetens utfall är förenligt med fullmäktiges övergripande mål för god ekonomisk hushållning. Detta är något som åligger styrelsen, vilket framgår av den kommunala redovisningslagen (KRL 4.5).

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen konstaterar att revisorerna bedömer landstingets årsredovisning i allt väsentligt uppfylla kraven i lagen om kommunal redovisning samt i övrigt upprättad enligt god redovisningssed. Revisorerna bedömer räkenskaperna som rättvisande och årsredovisningen bedöms i allt väsentligt redogöra för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställningen. Samtliga tre finansiella mål uppnås och landstinget lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans 2012.

Då behovet av kostnadsreduktioner även fortsatt är betydande antog styrelsen i maj 2012 en ekonomisk handlingsplan för att nå en ekonomi i balans år 2014. Planen har följts upp vid delårsbokslutet per augusti samt vid årsbokslutet. I planen för 2012 fanns åtgärder motsvarande 113 mkr, landstingets verksamheter nådde 118 mkr. En reviderad plan för 2013 har tagits fram och fastställts vid styrelsemötet i mars.

Styrelsens analys av om landstingets resultat är förenligt med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning har utvecklats i årsredovisningen genom en sammanfattande bedömning av måluppfyllelsen för respektive delmålområde. Inom landstinget pågår arbete kring översynen av styr- och planeringsprocessen inför 2014. I samband med det arbetet kommer landstinget beakta att det ska vara möjligt att göra en sammanfattande bedömning av måluppfyllelsen.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

I delårsrapporterna per augusti och april 2013 har landstingsstyrelsen lämnat en samlad bild av måluppfyllelsen för respektive målområde.

Ärendet avslutas.

Landstingets interna kontroll av ersättningar till privata sjukgymnaster (§ 120-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat den interna kontrollen av ersättningar till privata sjukgymnaster. Revisionsfrågan har varit om landstingsstyrelsens interna kontroll av ersättningar till privata sjukgymnaster är tillräcklig.

Granskningen visar att landstingsstyrelsen i tillräcklig omfattning har låtit ta fram styrdokument för den interna kontrollen i landstinget. Det finns en IT-baserad applikation (Avir) som stödjer den interna kontrollen av ersättningar till privata vårdgivare. Den sammantagna bedömningen är dock att landstingsstyrelsens interna kontroll av området i många delar inte är tillräcklig. Landstingsrevisorernas bedömning är följande:

- Den journaldokumentation som är underlag för de privata sjukgymnasternas fakturerade ersättningskrav till landstinget har, via revisionens granskning, visat sig i många fall vara bristfällig. Det innebär en risk att felaktiga ersättningar har utbetalats.
- När det gäller intern kontroll av sjukresor i samband med patienters besök hos privata sjukgymnaster visar granskningen att några sådana kontroller hittills inte har skett från landstingets sida i någon nämnvärd omfattning.
- Uppföljningen och rapporteringen till landstingsstyrelsen avseende ersättningar m.m., avseende de privata sjukgymnasterna, anser revisionen inte varit tillräcklig utan behöver utvecklas.
- Revisionen anser att landstingsstyrelsen behöver överväga vilka kontrollåtgärder som kan vara lämpliga när det gäller både den externa hälso- och sjukvården såväl som den som drivs i egen regi.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Urvalet som ligger till grund för granskningen har gjorts bland de privata sjukgymnaster som debiterar särskilda arvoden, har återkommande patienter samt patienter med långa behandlingsserier. Landstingets beställaravdelning har varit behjälplig med granskningen och har riktat kritik mot ett flertal sjukgymnaster och kommer att genomföra en förnyad granskning av tre av de granskade sjukgymnasterna samt eventuellt rikta återbetalningskrav mot dessa.

Landstingsstyrelsen beslutade 30 januari 2013 (§ 13-13) om skärpt kontroll gällande de privata sjukgymnasterna vilket framgår i landstingets internkontrollplan. Under 2013 kommer granskning att ske av 5-10 sjukgymnaster dels gällande dokumentation och dels gällande utbetalda ersättningar. Inom ramen för vårdvalet har uppföljningsmöten genomförts med sex vård-/hälsocentraler vilket även har innefattat granskning av sjukgymnastsjournaler. Under andra halvåret 2013 kommer uppföljningsmöten genomföras med ytterligare sex vård-/hälsocentraler.

Landstingsstyrelsen bedömer i nuläget att detta är en viktig skärpning av kontrollen gällande de privata sjukgymnasterna. När det gäller uppföljning och rapportering till landstingsstyrelsen avseende privata sjukgymnasterna

har den förbättrats i och med att en återrapportering sker i samband med landstingsdirektörens rapport. I och med detta är landstingsstyrelsens bedömning att ovan redan vidtagna och/eller beslutade åtgärder i nuläget är tillräckliga.

Åtgärd

Ärendet avslutas.

Granskning av delårsrapport per april 2013 (§ 145-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat delårsrapporten för perioden januari – april 2013. Syftet med granskningen är att ge landstingets revisorer ett underlag för sin bedömning av ansvarsprövningen. Vidare skall granskningen ge svar på om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de finansiella målen för god ekonomisk hushållning fullmäktige beslutat om samt om landstingsstyrelsen verkar för en tillräcklig ekonomisk styrning och kontroll. Granskningen har sammanfattats i en revisionsrapport.

Sammantaget gör revisorerna bedömningen att det prognostiserade resultatet endast delvis är förenligt med fullmäktiges finansiella mål för god ekonomisk hushållning. Landstingsstyrelsen bedöms i stort verka för en tillräcklig styrning och kontroll av landstingets ekonomi.

Bedömningen baseras på att:

- Fullmäktige har fastställt tre finansiella mål för god ekonomisk hushållning. För 2013 bedöms likviditetsmålet uppfyllas. Resultatmålet och målet om nettokostnadernas andel av skatteintäkter och statsbidrag beräknas inte uppfyllas.
- Landstingsstyrelsen har reviderat den ekonomiska handlingsplanen i mars 2013 och därmed fastställt sparåtgärder i syfte att divisionerna skall kunna hålla sig inom sina ekonomiska ramar senast år 2014. Styrelsen har vidare gjort divisionerna ansvariga och säkerställt att en uppföljning och rapportering av sparåtgärderna genomförs.

Av handlingsplanen framgår att divisionerna under 2013 skall sänka sina kostnader med sammanlagt 97 mnkr. Granskningen visar dock att divisionerna prognostiserar att de endast kommer att kunna sänka sina kostnader med 44 mnkr.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Styrelsen konstaterar att årsprognosen för 2013 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 två procent av nettokostnaden samt målet om verksamhetens nettokostnadsandel av skatt och statsbidrag.

Prognosen för landstingets divisioner pekar på ett underskott på 149 mnkr. Då resultatkravet på divisionerna 2013 är ett underskott på maximalt 70 mnkr krävs kraftfulla åtgärder för att nå en ekonomi i balans 2014. Den ekonomiska handlingsplanen kommer därav att revideras.

En policy för god ekonomisk hushållning ska tas fram och lämnas till fullmäktige för beslut våren 2014. Policyn ska innehålla bedömning av behov av

överskott för landstinget samt principer för god ekonomisk hushållning utifrån ett verksamhets- och finansiellt perspektiv.

Åtgärd

Ärendet avslutas.

Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt (§ 180-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat om landstingsstyrelsen har säkerställt att riktlinjerna för samordnad individuell plan och funktionen fast vårdkontakt är tillräckligt förankrade och tillämpade i berörda verksamheter. Granskningen har omfattat divisionerna Vuxenpsykiatri, Medicinska specialiteter och Opererande specialiteter.

Sex granskningsmål har använts som en grund till besvarandet av revisionsfrågan:

- Patienter och närstående har informerats om möjligheter att få samordnad individuell plan, SIP och fast vårdkontakt i samband med vårdtillfället.
- Rutiner avseende samordnad individuell plan och fast vårdkontakt finns fastställda inom landstinget.
- Berörd personal känner till riktlinjerna och rutiner avseende samordnad individuell plan och fast vårdkontakt och tillämpar dessa i sina verksamheter.
- Innebörden av funktionen samordnad individuell plan och fast vårdkontakt är tydlig för berörd personal. Vägledning finns för hur de praktiskt ska arbeta med dessa områden.
- Verksamheterna kan bedöma att det för berörda patienter görs samordnade individuella planer och utses fast vårdkontakt i tillräcklig omfattning.

Revisorerna bedömer att landstinget i tillräcklig omfattning har fastställt och dokumenterat övergripande riktlinjer för samordnad individuell plan och rutinbeskrivning för fast vårdkontakt. Den sammanfattande bedömningen är dock att varken samordnad individuell plan eller fast vårdkontakt är tillräckligt förankrade och tillämpade i berörda verksamheter. Följande förhållanden har lyfts fram från granskningsrapporten.

- Landstinget och dess verksamheter har inte i tillräcklig omfattning informerat patienter, närstående eller allmänheten om rättigheterna att få samordnad individuell plan eller fast vårdkontakt.
- De riktlinjer och rutiner som landstinget fastställt avseende samordnad individuell plan och fast vårdkontakt är inte tillräckligt kända och tillämpade bland personalen i verksamheterna.
- När det gäller funktionen fast vårdkontakt behöver det säkerställas inom divisionerna Medicinska specialiteter och Opererande specialiteter att de patienter som har behov av fast vårdkontakt verkligen erbjuds denna rättighet.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Det är av största vikt att vård och behandling av patienter med omfattande behov fungerar tillfredsställande i landstinget. Dessa har ofta ett komplicerat vård- och omsorgsbehov som kräver god samordning och samverkan mellan olika yrkeskategorier inom såväl landsting som kommun. Att erbjuda samordnad planering för personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är identifierat som ett prioriterat verktyg för att åstadkomma en sammanhållen vård- och omsorgskedja. För att förbättra processerna deltar landstinget bland annat i den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre". SKL stödjer arbetet genom att samla chefer från landsting och kommuner i nätverket Ledningskraft. Från Norrbotten deltar ett team på 17 personer. När sjukvårdsutredningen, som ligger till grund för den förändring som landstinget gör av sin hälso- och sjukvårdsorganisation syftar också till att förbättra vård- och omsorgsprocesserna internt inom landstinget samt tillsammans med länets 14 kommuner. Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt är två viktiga instrument i arbetet för ökad kvalitet i vården.

För att sprida kännedom om landstingets arbete, framförallt kring gruppen äldre med omfattande vårdbehov har landstinget deltagit i olika sammankomster, bland annat PRO-dagen i Piteå och Seniormässan i Luleå. Brukarföreträdare har även bjudits in att medverka och föra dialog kring kvalitet och samordning av vården. Ett exempel är den temadagen kring äldre som anordnades i våras av Politiska samverkansberedningen.

I utvecklings- och förbättringsarbetet för en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg har foldrar och vykort som riktar sig till medborgarna tagits fram och spridits i olika sammanhang. Dessa innehåller information om förbättringsarbetet gällande "Bättre liv för sjuka äldre" samt information till den enskilde, bland annat om rättigheten till samordnad individuell plan.

Äldresatsningen berör i stort sett alla som arbetar med vård och omsorg inom landsting och kommun där äldre personer förekommer. Kommunerna i Norrbotten har ungefär 12 000 personer anställda i äldreomsorgen med särskilda boenden och hemtjänst. Inom specialistvården berörs minst 1300 personer och för primärvården fler än 1000 personer. Att nå ut med satsningen till befintlig personal samt uppdatera nyanställda kräver omfattande och kontinuerliga kommunikationsinsatser.

Landstinget har genomfört en omfattande utbildningsinsats för att sprida kunskap och få till förbättrade arbetssätt kring samordnad individuell planering. Våren 2012 genomfördes utbildningsinsatser i hela länet tillsammans med Kommunförbundet Norrbotten. Utbildningsinsatserna har genomförts och riktats till olika målgrupper, bland annat verksamhetschefer, enhetschefer, kontaktpersoner och så kallade "superanvändare" men har även riktats direkt mot slutanvändarna inom landstingets och kommunernas verksamheter. Under 2012 har drygt 700 medarbetare fått utbildning.

Nya gemensamma utbildningsinsatser kommer att genomföras under hösten vid samtliga sjukhusorter. Dessa kommer att genomföras tillsammans med Kommunförbundet Norrbotten. Fokus kommer att ligga på samverkan i praktiken med huvudsakligt fokus på samordnad individuell planering och fast vårdkontakt. Utöver inplanerade utbildningsinsatser kommer stöd att erbjudas de enheter som önskar ett ytterligare stöd kring samordnad planering.

En kritik som lyfts fram i revisionsrapporten rör begreppsförvirring bland personalen kring olika begrepp. I den reviderade versionen av "Gemensamma riktlinjer för samverkan - Samordnad individuell plan" tydliggörs

begreppen i linje med Socialstyrelsens termbank. Begreppen samordnad plan vid utskrivning samt samordnad individuell plan inom öppenvård kommer hädanefter att användas.

En fast vårdkontakt ska utses om det behövs för att den enskildes trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården ska tillgodoses. Rutiner för hur den fasta vårdkontakten ska utses finns upprättade och är kommunicerade till verksamheterna. Särskilda dokumentationsrutiner för hur registrering ska ske i landstingets vårdadministrativa system och i den samordnade individuella planen finns också upprättade. Av rutinen framgår att fast vårdkontakt kan utses inom såväl specialistsjukvård, primärvård som kommun. I normalfallet utses den fasta vårdkontakten inom primärvården utifrån ett definierat uppdrag. Det är framförallt personer med omfattande vård- och omsorgsbehov som behöver en fast vårdkontakt. En stor del av dessa får sina behov tillgodosedda i hemmet och är därmed att betecknas som "hemsjukvårdspatient". Dessa personer får i normalfallet sin fasta vårdkontakt utsedd inom berörd kommun sedan ansvaret för hemsjukvårdspatienter växlats till kommunerna 1 februari 2013.

Utifrån den länsövergripande rutinen kring fast vårdkontakt bör berörda verksamheter upprätta lokala rutiner kring fast vårdkontakt så att personalen känner sig trygga med uppgiften och patienterna får hjälp att koordinera sin vård.

Landstingsstyrelsen konstaterar att många informations- och utbildningsinsatser har genomförts för att sprida kunskap och få till en bättre samordnad planering kring den enskilde. Insatserna behöver fortsätta och också intensifieras på vissa håll. Att implementera förändrade arbetssätt inom en så stor verksamhet som landstinget och länets kommuner kräver omfattande insatser i form av tid, engagemang och kraft, även om frågan är högt prioriterad.

Åtgärd

Ärendet avslutas.

Granskning av styrning och uppföljning av avtal inom landstinget (§ 181-2013)

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av landstingets revisorer granskat styrning och uppföljning av avtal inom landstinget. Syftet har varit att kontrollera om landstingsstyrelsens har en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av avtal.

Granskningen visar att landstingsstyrelsen inte har en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av avtal med externa leverantörer. Granskningen visar att det förekommer betydande brister i den interna kontrollen i sammanhanget.

- Totalt har 80 fakturor från åtta olika leverantörer stämts av gentemot avtal. Endast fakturor från en av de åtta leverantörerna stämmer överens avseende pris och omfattning i förhållande till avtal. Brister som noteras är fel pris i förhållande till priser i avtal, giltigt avtal finns inte samt köp av varor/tjänster som inte omfattas av avtalet. Vidare har vissa fakturor inte kunnat stämmas av alls gentemot avtal eftersom prisbilagor saknas eller fakturorna är ofullständiga.
- Kontroll av köp från ramavtal har gjorts för sju olika kontoområden. Totalt har köp från externa leverantörer (utanför köp på Länservice) för ca

255 miljoner kronor granskats. Av detta belopp har köp utanför avtal gjorts till ett belopp av 64 mnkr, dvs 25 procent. Det handlar om exempelvis inhyrd personal, inköp av tolkservice, lokalvård livsmedel/råvaror och möbler. Köpen utanför avtal har gjorts från ett stort antal leverantörer, totalt 413 stycken.

Vi noterar också att för flera konton har köp utanför ramavtal gjorts, som dessutom överstiger gränsen för direktupphandling.

- Med undantag för de avtal som hanteras av division Service, saknas planer för utvärdering av avtal under pågående avtalsperiod.
- Det finns idag inga tydliga regler eller riktlinjer för hur avtal ska följas upp eller kontrolleras. Det är vidare inte tydligt hur ansvar är fördelat avseende hantering av avtal efter det att en upphandling är genomförd.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Den genomförda granskningen visar på brister som inte är tillfredsställande men väl kända för landstinget. De tendenser som kan utläsas i rapporten sammanfaller väl med den analysrapport av inköpsprocessen som gjorts inom ramen för det pågående projektet Effektiva inköp. Båda rapporterna bekräftar att det finns brister avseende inköpsprocessen och att landstingets initiativ att starta projektet i syfte att förbättra och utveckla hanteringen av affärer är väl underbyggt.

- Som revisorerna har påpekat finns brister i den ekonomiska kontrollen av avtalade priser. För att identifiera brister och utvecklingsområden har olika inköpsområden kartlagts och analyserats inom ramen för projektet Effektiva inköp. Av rapporten framgår att kontrollen varierar stort inom de olika områdena.

Ett område som idag har en god kontroll är läkemedel. Anledningen till detta är att landstinget infört elektronisk handel som innebär att det finns systemstöd för hela processen. Syftet med projektet är att successivt införa e-handel inom fler inköpsområden.

- Beträffande köp från befintliga ramavtal kan landstingsstyrelsen konstatera att det finns brister som inte är tillfredsställande. Landstingsstyrelsen kan emellertid samtidigt konstatera att inom vissa av de exemplifierade områdena såsom livsmedel, lokalvård och drivmedel är avtalstroheten generellt sett hög. De inköpsområden som har uttalade brister avseende avtalstrohet har även identifierats i projektet. Analyserna kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet.
- Revisorerna konstaterar att det inte finns tydliga regler, riktlinjer och ansvarsfördelning för hur avtal ska följas upp eller kontrolleras. Det pågående projektet syftar till att få en bättre koll på hela inköpsprocessen. En viktig del i det arbetet kommer att vara att ta fram rutiner och verktyg för att säkerställa en god kontroll av avtal.

Åtgärd

Avrapportering 2013:

En del av projektet Effektiva inköp innebär att skapa bättre kontroll på vad som köps från upphandlade avtal, dvs ökad möjlighet att få köptrohet mot tecknade avtal.

Under hösten 2013 har fyra inköpsområden med stora volymer valts ut för att med hjälp av konsult etablera ett arbetssätt för hur man bl a kan öka kon-

15 JANUARI 2014

trollen av köptrohet. Som ett led i det arbetet testas projektet ett nytt verktyg för avtalskontroll.

Under 2014 ska ett delprojekt starta som ska ta fram arbetssätt och organisation för kontroll av avtalstrohet inklusive internkontroll.

Planering av breddinförande av e-handel för fler avtalsområden än läkemedel kommer att göras under 2014.