

Uppföljning av revisionsrapporter

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

- Det regionala utvecklingsarbetet (§ 174-09).
- Granskning av landstingets ekonomistyrning (§ 225-09).
- Implementering av barnkonventionen (§ 226-09).
- Den interna kontrollen inom division Service (§ 227-09).

Landstingsstyrelsen har under 2010 behandlat följande revisionsrapporter:

- Landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, med fokus på hjärtsjukvården (§ 12-10).
- Granskning av läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre (§ 13-10).
- Granskning av vissa kostnadsslag - Inhyrd personal via bemanningsföretag (§ 14-10).
- Handläggning av patientnämndsärenden (§ 15-10).
- Patientsäkerhet – Norrbottens läns landstings arbete med den nationella satsningen för att öka patientsäkerheten (§ 55-10).
- Granskning av patientnämndens ansvarsutövande 2009 (§ 56-10).
- Årsredovisning 2009 (§ 57-10).
- Granskning av landstingets styrning av läkemedelsanvändningen (§ 99-10).
- Säkerhets- och arbetsmiljöarbetet med inriktning mot hot och våld i verksamheterna (§ 100-10).
- Landstingsanställdas bisysslor (§ 101-10).
- Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter – tonvikt på förbrukningsmaterial (§ 137-10).
- Remissgarantin (§ 138-10).
- Landstingets strategiska personalförsörjning (§ 139-10).
- Granskning av delårsrapport per april 2010 (§ 170-10).
- Granskning av delårsrapport per augusti 2010 (§ 204-10).
- Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-10).

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. Återrap-

portering av dessa ärenden görs i nästa rapport till styrelsen avseende uppföljning av revisionsrapporter. Rapporten är:

- Landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-10).

Uppmärksammat rutin för uppföljning

Revisorerna har uppmärksammat landstingets rutin för uppföljning av revisionsrapporter, där landstinget på eget initiativ gör uppföljningen av vidtagna åtgärder utifrån rapporterna.

Jag har funnit det naturligt att göra denna uppföljning då revisionsrapporterna utgör en del i utvecklingen av verksamheten. Uppföljningarna tar sin utgångspunkt i landstingsstyrelsens ställningstagande till rapporterna.

Det regionala utvecklingsarbetet (§ 174-09)

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisionen har gett Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers uppdraget att översiktligt granska landstingets regionala utvecklingsarbete. Revisionsfrågan för granskningen är om landstingets organisation och arbete inom området regional utveckling är ändamålsenligt såväl avseende den politiska nivån som tjänstemannastödet men även avseende samspelet mellan dessa två nivåer.

Följande områden belyses:

- Mål och uppdrag för det regionala utvecklingsarbetet.
- Ansvarsfördelning och samarbete mellan politiker och tjänstemän.
- Uppföljning och rapportering av det regionala utvecklingsarbetet till landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige.

Granskningen avgränsas till att omfatta det landstingsinterna arbete, alltså hur styrning, uppföljning och rapportering sker av regionala utvecklingsarbetet samt samspelet mellan landstingets politiker och Regionala enheten. Landstingsfullmäktiges regionala beredning omfattas inte av rapporten.

Faktainsamlingen har gjorts via dokumentstudier samt intervjuer med landstingspolitiker och tjänstemän. Landstingsråd och oppositionsråd har intervjuats, vilket omfattar åtta personliga intervjuer. Intervjuer har även skett med landstingsdirektören samt enhetschefen och fyra medarbetare vid Regionala enheten. Sammantaget har under granskningen 14 personer intervjuats.

Revisorernas bedömningar och kommentarer

Landstingets arbete med regional utveckling beskrivs grundligt i revisionsrapporten. Det är ett komplext arbete som omfattar många initiativ och följs upp enligt ett system till olika beslutsnivåer. Arbetet är organiserat utifrån ett antal strategier. Dessa strategier har i sin tur mål och aktiviteter för uppföljning.

Revisorerna konstaterar i rapporten att landstinget är en av flera organisationer vars arbete sammantaget ska bidra till att länets övergripande mål – befolkningstillväxt, växande näringsliv och ökad bruttoregionprodukt – kan uppnås. Landstinget har således med sina samarbetspartners i det regionala utvecklingsarbetet ett ansvar att redovisa vad de tillsammans åstadkommer. Detta görs också inom ramen för arbetet med det regionala partnerskapet och det regionala utvecklingsprogrammet (RUP).

Den politiska arenan är en komplicerad organisatorisk karta - en komplexitet som kommer sig av att frågorna hanteras på flera nivåer – den regionala, nationella och internationell (främst EU) nivå. Att hantera frågorna på detta sätt medför stora möjligheter för det regionala utvecklingsarbetet, samtidigt som det för den icke-initierade kan det vara svårt att få systemförståelse. Det finns en pedagogisk utmaning för landstinget att i detta avseende öka förankringen av det regionala och internationella arbetet.

Revisorerna pekar på att samarbetet mellan de politiker och tjänstemän som tillsammans arbetar med regionala och internationella frågor fungerar tillfredsställande. Rollfördelningen är klar och väl fungerande. God kompetens,

aktivitet och initiativtagande är kännetecknen för arbetet. För att ytterligare förbättra det arbetet pekar revisorerna på möjligheten att med en policy för internationellt arbete än mer tydliggöra styrning, uppföljning och information kring det internationella arbetet. Ett antaget dokument är ett sätt att rättfärdiga och styra det internationella arbetet och visa att det politiskt prioriterat

Den gällande målstrukturen som innebär att övergripande mål bryts ner i delmål och sedan strategier med underliggande mål har varit funktionellt för den regionala enheten och dess arbete. Revisorerna pekar på att modellen inte är alldeles enkel att pedagogisera. Målen är mer av aktivitetskaraktär och beskriver inte alltid ett mätbart framtida tillstånd eller är specifikt, realistiskt, tidsbestämt etc. I uppföljningen och rapporteringen behöver tydliggöras hur erfarenheter och utvecklingsidéer konkret kan omsättas till tillväxt i länet.

Uppföljningen och rapporteringen av det regionala och internationella utvecklingsarbetet sker i dag välstrukturerat och i betydande omfattning men kan enligt revisorerna förbättras ytterligare genom återkoppling till fastställda mål. Därmed blir det lättare att bedöma huruvida arbetet är ändamålsenligt.

Samtidigt är det svårt att mäta det regionala utvecklingsarbetet utifrån det arbete som utförs då landstinget inte ensam står ansvarig för att uppnå de regionalpolitiska målen. Trots detta bör starkare fokus på resultatbedömningar kopplat till övergripande mål utvecklas. Uppfattningarna om att det tar 10-15 år innan resultatet från det nuvarande regionala utvecklingsarbetet kan avläsas är inte rimligt. En betydligt kortare tidsperiod bör gå att avläsa effekter av insatta resurser och verksamheter. Utifrån detta har ett arbete initierats för att utveckla en målstyrningsmodell som gör uppföljningen mer tillgänglig.

Styrelsens yttrande och beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingets regionala företräderskap medför ett särskilt ansvar för att skapa delaktighet i arbetet med länets utveckling. Det är därför av stor vikt att landstinget tar ansvar för att redovisa vad de tillsammans med andra aktörer åstadkommer på ett lättåtkomligt sätt. Kommunikationsinsatser som Regionala nyheter, Morgonrock och den publika versionen av enhetens verksamhetsberättelse med flera är således viktiga för ökad tillgänglighet, förankring och förståelse för komplexa frågeställningar.

En viktig avgränsning är att landstingets arbete innefattar regional utveckling, inte regionalpolitik. Regionalpolitik idkas på nationell och europeisk nivå med fokus på utjämning medan den regionala utvecklingspolitiken tar fasta på förutsättningsskapande åtgärder.

Styrelsen kan i likhet med revisionsrapporten konstatera att det finns en otydlighet avseende målstrukturen för det regionala utvecklingsarbetet. Frågorna är komplexa och måluppfyllelsen är till viss del svår att värdera. Dels är det ett långsiktigt arbete, med processer och förändringar över lång tid. Dels är målen komplexa och påverkas av en rad olika förhållanden och insatser utanför projektet. Att arbeta genom andra innebär att det är svårt att koppla resultat direkt till projektet. Inte desto mindre är det angeläget att hitta metoder, instrument och verktyg för att värdera effekterna av arbetet.

Detta arbete pågår inom såväl den befintliga verksamheten som specifika projekt vid enheten.

Landstingsstyrelsen konstaterar att ett arbete med att ta fram en tydligare målstyrningsmodell har påbörjats i och med arbetet med regionala enhetens verksamhetsplan för 2010. Förhoppningen är att det även bidrar till att göra uppföljningen mer tillgänglig.

Även en utvärdering och analys av landstingets internationella engagemang är påbörjad. Genom den ska landstinget få ett underlag för att bättre kunna dra nytta av de styrkor och potentiella utvecklingsområden som finns i regionen. Vidare ska studien också belysa hur olika politiska satsningar på nationell och EU-nivå som landstinget medverkar i, återförs till regionen och bidrar till regionens utveckling. Syftet med studien är ytterst att vara stöd för en utveckling av policy vad gäller landstingets internationella engagemang och satsningar.

Åtgärd

Den politiska arenan är en komplicerad organisatorisk karta - en komplexitet som kommer sig av att frågorna hanteras på flera nivåer - den regionala, nationella och internationella (främst EU) nivån. För att öka systemförståelsen har följande åtgärder genomförts:

- Tema flernivåstyre har varit en röd tråd för Morgonrocksprogrammet hösten 2010 och våren 2011.
- Flernivåstyre i praktiken på lokal och regional nivå var temat på Norrbottenskonferensen som Tillväxtberedningen genomförde i november 2010 med drygt 90 kommun- och landstingspolitiker.
- Förbättring av landstingets internationella arbete med nya arbetsformer för LIE-gruppen (landstingets internationellt engagerade). Mer information nedan.
- Framtagning av en kommunikationsplattform som beskriver utmaningar i syfte att stärka landstingets arbete med regional utveckling.
- Målen i landstingsplanen för regional utveckling ska preciseras inför landstingsplan 2012–2014.

För att öka tydligheten avseende målstrukturen för det regionala utvecklingsarbetet har följande åtgärder vidtagits:

- Mål, delmål och strategier i verksamhetsplanen för regionala enheten 2011 anpassas till landstingsplanens mål, delmål och strategier.
- Verksamheten vid regionala enheten sorteras i verksamhetsområden, processer och stödfunktioner samt projekt. Verksamhetsområdena är: regional demokrati, integration och mångfald, jämställdhet, regional planering, EU:s struktur- och regionalpolitik, näringsliv, kluster och innovationssystem, arbetsmarknad och kompetensförsörjning, forskning, infrastruktur och IT, fysisk planering, landsbygd, storstad samt klimat, miljö och energi.
Processer och stödfunktioner är: planering och verksamhetsuppföljning, ärendebereidning, ägarstyrning, ekonomi, personal, information, möten och evenemang, regionala utvecklingsmedel, vänregioner samt internationell samordning.

Projekt är för närvarande: Attraktiv region, Invest in Norrbotten, Best Agers, Kompetensförsörjning och generationsväxling, innovationssluss Nord samt Hälsa, innovationer, tillväxt.

Att följa upp och mäta det regionala utvecklingsarbetet påverkas bland annat av att landstingets insatser inte ensamt står ansvarig för målen och resultaten. För att öka återkopplingen och visa på hur erfarenheter och utvecklingsidéer konkret kan omsättas till tillväxt i länet har följande åtgärder vidtagits:

- Medverkan i Reglab:s lärprojekt Uppföljning av regional utveckling som avslutas april 2011. Ett arbete som kommer att resultera i ett uppföljningssystem där initiativ och verksamhet relateras till uppsatta mål i landstingsplanen och det regionala utvecklingsprogrammet. Exempel på initiativ och verksamhet är det löpande arbete som sker inom respektive verksamhetsområde, projekt vid regionala enheten, verksamhet inom landstingsägda bolag samt aktiviteter i de projekt som medfinansieras med regionala utvecklingsmedel.
- I beslutsärenden om medfinansiering av externa projekt med regionala utvecklingsmedel tydliggörs förväntade resultat i större utsträckning än tidigare för att synliggöra förväntade effekter.

En utvärdering av landstingets internationella arbete har genomförts. Den visar på följande utvecklingsbehov: utveckla den organisatoriska strukturen, en strategi för internationellt arbete samt struktur för påverkan. Utvärderingen har resulterat i nya arbetsformer för både tjänstemän och förtroendevalda där LIE-gruppen är ett beredningsforum och följande åtgärder har vidtagits:

- För att utveckla den organisatoriska strukturen ska mottagningskapaciteten på hemma plan förbättras. Sambandet mellan policy, strategi och implementering ska tydliggöras. Insatser i form av utbildning sker och kraven på internationellt engagerade politiker och tjänstemannastöder klargörs.
- Nya former för återrapportering från internationella möten till landstingsstyrelsen har utvecklats. Styrelseledamöternas skriftliga och muntliga rapporter berör policynivån, politiska konsekvenser och rekommendationer till styrelsen. Rapporteringen i landstingsdirektörens rapport har ett verksamhetsperspektiv och belyser verksamhetskonsekvenser.

LIE-gruppen ska under maj–oktober 2011 arbeta fram en tydlig och förankrad strategi för det internationella arbetet och ett strategiskt förhållningssätt för hur landstinget arbetar med påverkan, d v s vad, vem, när och hur frågor drivs internationellt.

Granskning av landstingets ekonomistyrning (§ 225-09)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB granskat landstingets ekonomistyrning. Granskningen har genomförts i två delar, del 1 har utgjorts av en övergripande granskning som genomförts via en webb-enkät och del 2 bestod i en fördjupad granskning av tre divisioner. Granskningen

syftar till att bedöma om den ekonomiska styrningen och kontrollen är tillräcklig inom områdena:

- Ledning och styrning
- Mål och styrande dokument
- Budgetprocessen
- Uppföljning och kontroll
- Rutiner, stöd och information
- Kompetens

Revisorernas sammanfattande bedömning är att landstingets ekonomiska styrning och kontroll är otillräcklig. Revisorerna gör följande bedömningar inom respektive delområde:

Ledning och styrning

Granskningen visar att ekonomi inte utgör en tydlig restriktion i en organisation där årliga underskott inte leder till några konsekvenser. Det saknas incitament för att klara sig inom budget samt att ansvar och befogenheter för att hantera målkonflikter mellan ekonomi och verksamhet inte är tillräckligt tydligt för de budgetansvariga.

Bedömningen är därför att ledningen och styrningen av ekonomin är otillräcklig. För de budgetansvariga på alla organisatoriska nivåer måste det stå klart vilka åtgärder man själv förväntas att vidta och vilka som förväntas att hanteras av närmast överställd nivå i organisationen.

Landstingsstyrelsen bör därför verka för att skapa incitament som belönar följsamhet mot budget och samtidigt leder till negativa konsekvenser vid överskridande. Vidare bör ansvar och befogenheter klargöras så att det för alla budgetansvariga framstår som en skyldighet att agera vid befarade negativa avvikelser.

Mål och styrande dokument

Av granskningen framgår att landstingets övergripande måldokument är väl förekommande och kända bland ansvariga chefer men att den ekonomiska målstyrningen och principen för resursfördelning kan vidareutvecklas.

Bedömningen är att landstingsstyrelsen bör verka för att i större utsträckning än i dag styra genom ekonomiska mål/nyckeltal och produktionsmått, samt verka för att tydliggöra hur målkonflikter mellan ekonomi och verksamhet ska hanteras.

Budgetprocessen

Granskningen visar att delaktigheten och påverkansmöjligheterna upplevs som låga och att anslagstilldelningen bygger på föregående års budget mer än något annat.

Med anledning av detta, och vad som framkommit avseende områdena *Ledning och styrning* samt *Mål och styrande dokument*, är bedömningen att landstingsstyrelsen bör verka för att vidareutveckla budgetprocessen i dessa avseenden.

Uppföljning och kontroll samt rutiner, stöd och information

Bedömningen är att rutiner för uppföljning och kontroll i allt väsentligt är tillfredsställande, samt att förutsättningarna att utifrån diverse redovisningsinformation identifiera var eventuella problem finns är rimligt väl tillgodosedda. Däremot konstateras att resultatet av de uppföljningar som görs, på verksamhetsnivå, inte i tillräcklig utsträckning återspeglas i erforderliga åtgärder för att korrigera den ekonomiska utvecklingen.

Kompetens

Bedömningen är att den ekonomikompetens som finns inom respektive division, sammantaget, i allt väsentligt är tillfredsställande.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Den granskning som revisorerna genomfört gällande landstingets ekonomistyrning är ett värdefullt bidrag för det fortsatta utvecklingsarbetet inom organisationen. Landstingets ekonomiavdelning deltog också tillsammans med Komrev aktivt i arbetet med att förbättra de frågeställningar som enkäten innehöll.

Ledning och styrning

Inom området Ledning och styrning pågår ett kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete, som exempel kan nämnas divisionerna Medicin och Opererande specialiteter.

Division Medicin har under 2008 byggt upp en ny struktur som skapat tydlighet mellan olika ansvarsnivåer. Länschefer och verksamhetschefer går tillsammans igenom/analyserar ramar och uppdrag som åläggs divisionen. Gemensamt görs en överenskommelse och handlingsplaner för att bryta ner divisionsplanen till verksamhets- och basenhetsnivå.

Verksamhetscheferna är delaktiga i planarbetet med koppling till divisionens ekonomiska ramar. En viktig kugge för planering, genomförande och uppföljning är vårdcheferna som deltar i divisionens gemensamma planeringsträffar där ekonomiska ramar och uppdrag läggs fast. Som stöd för det löpande arbetet under året träffar divisionens strategiska stabsresurser vårdcheferna för ”coaching”. Ett nytt grepp som är mycket uppskattat.

Inom division Opererande genomförs varje höst en gemensam chefsdag för samtliga chefer inom divisionen. Vid chefsdagen hösten 2008 samt hösten 2009 har stort fokus varit på vilka åtgärder divisionens verksamheter ska vidta för att nå den ekonomiska ramen. Chefsdagen är för divisionen ett viktigt forum för att skapa delaktighet i planeringen av de åtgärder som vidtas i divisionens verksamheter för att nå ekonomiska mål/ramar.

Inför planeringen av 2009 års sparåtgärder, då divisionen samtidigt fick en ramförstärkning med 100 mkr, fanns en bred enighet bland divisionens chefer om vikten av att sparåtgärderna måste genomföras för att hålla de ekonomiska ramarna. Ekonomiskt resultatmål och sparåtgärder identifierades för varje chef/verksamhet. Målvärde för ekonomiskt resultat och sparåtgärder följs månatligen för varje enhet med ansvarig chef.

Landstingsstyrelsen delar alltså inte revisorernas uppfattning att landstingets styrning och ekonomiska kontroll är otillräcklig. Ett intensivt arbete pågår inom landstinget för att skapa balans mellan ekonomi och verksamhet. Det

bör också noteras att de senaste 10 åren har Norrbottens läns landsting förlorat mer än 500 mkr årligen i form av befolkningsminskning och förändringar i skatteutjämningsystemet. Samtidigt har Norrbottens läns landsting haft landets lägsta utdebitering fram till 2009 då en skattechöjning skedde. En jämförelse med övriga landsting visar också att Norrbottens läns landsting de senaste 10 åren haft den i särklass lägsta nettokostnadsökningen.

Mål och styrande dokument

Lanstingsstyrelsen anser att landstingets ekonomiska mål/nyckeltal och produktionsmått, i jämförelse med många andra landsting, är väl utvecklade genom landstingsplanen. Som exempel kan nämnas målområdet God vård, God hälsa m m där ett stort antal mål och mått för verksamheten är väldefinierade.

Budgetprocessen

Styrelsen delar inte revisorernas åsikt om att landstingsstyrelsen bör verka för att skapa incitament som belönar följsamhet mot budget. Följsamhet mot budget är en självklarhet och ett incitament för belöning är ett resultat som överträffar budget. System för belöning finns redan idag inom landstinget och som exempel på detta kan nämnas det pris som årligen utdelas för bästa förbättringsarbete.

Beträffande påståendet att anslagstilldelningen i huvudsak bygger på föregående års budget så kan de omfördelningar mellan divisionerna som gjorts inom ex läkemedelsområdet nämnas. Under åren 2004-2008 har 152 mkr omfördelats budgetmässigt från primärvård till andra divisioner pga ändrade principer. I samband med beslut om Landstingsplan 2009-2011 tillfördes division Opererande specialiteter 100 mkr och division Medicin 52 mkr. I samband med beslut om fritt vårdval omfördelas också medel mellan divisionerna.

Även inom divisionernas egna budgetprocesser har kontinuerligt budgetomfördelningar skett mellan olika verksamhetsområden.

Inom ett flertal divisioner har också arbete genomförts för att på olika sätt förbättra budgetprocessen. Inom exempelvis division Primärvård infördes en ny modell för budgetfördelning för några år sedan. Primärvårdsmodellen innehåller ett antal principer för hur budgeten ska fördelas ut på vårdcentralerna. En granskning som gjordes när modellen prövats ett år visade att modellen var förankrad i organisationen och upplevdes som tydlig. Division Vuxenpsykiatri kommer år 2010 att testa en ny budgetfördelningsprincip som innebär att landstingsbidraget fördelas till verksamheterna. Effekten förväntas bli att verksamheterna arbetar som en form av resultatenheter. Division Medicin har inom ramen för de resurser som divisionen förfogar över valt att utveckla ett nytt resursfördelningsystem som fördelas på bas- respektive tilläggsuppdrag. Arbetet med att systematiskt vidareutveckla budgetprocesserna inom landstinget fortgår kontinuerligt och är en del i det systematiska förändringsarbete som landstingsdirektören initierat.

Uppföljning och kontroll samt rutiner, stöd och information

Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning om att rutiner för uppföljning och kontroll i allt väsentligt är tillfredsställande. I sammanhanget kan nämnas att division Opererande har infört en ny uppföljningsrapport för ekonomi på samtliga chefsnivåer inom divisionen. Syftet med rapporten är att månatligen ge ansvariga chefer signaler om hur det ekonomiska utfallet

följer planen så att åtgärder kan vidtas vid negativa avvikelser. Divisionens chefer har mottagit rapporten positivt och tycker att den är enkel att förstå.

Division Medicin började under 2008 utveckla en portal för uppföljning, ledning och styrning (PULSEN). Alla verksamheter har tillgång till portalen via divisionens hemsida. Syftet med PULSEN är att underlätta för chefer och medarbetare att följa upp hur verksamheterna når sina uppsatta mål. Aktuella uppgifter/resultat läggs upp av divisionsstabens medarbetare, ekonomer och personalspecialister enligt angivna tidsintervall – månadsvis, kvartalsvis och årsvis.

Kompetens

När det gäller ekonomikompetensen som finns inom respektive division så delar landstingsstyrelsen revisorernas uppfattning om att den i allt väsentligt är tillfredsställande.

Åtgärd

Arbetet har fortsatt inom de områden som redovisats i styrelsens beslut angående revisionsrapporten. Dessutom pågår respektive planeras flera förbättringsarbeten inom området ekonomistyrning. Som exempel kan följande områden nämnas:

- Överföring av budget till vårddivisionerna avseende sjukresor, sjuktransporter och kost.
- Jour- och akutprojekt. Akutmottagningarna på länets sjukhus har olika lösningar för hur läkarkostnader, intäkter, laboratoriekostnader o s v hanteras och vilken division som är ansvarig för vad. Grundprinciper för redovisning och kostnadsansvar ska tas fram.
- Bild- och funktionsmedicin ska bli resultatenheter.
- Läkemedelsutredning, kostnadsansvar kopplat till förskrivning.
- Balansering av över- och underskott inom primärvården.
- Måluppföljningen för 2010 går tydligare att utläsa i årsredovisningen genom att alla mål och resultat presenteras i ett komprimerat avsnitt.
- Resursfördelning mellan olika verksamheter är en viktig fråga för prioritering av landstingsfullmäktige.

Implementering av barnkonventionen (§ 226-09)

Ärendebeskrivning

Landstingets revisorer har granskat implementeringen av barnkonventionen inom landstinget. Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsens arbete med att implementera barnkonventionen i landstingets divisioner är ändamålsenligt. Utgångspunkterna för bedömningen har varit i vilken utsträckning mål och handlingsplaner för implementeringen har tagits fram samt vilken uppföljning och intern kontroll som finns av att barnkonventionens intentioner tillämpas. I granskningen har revisorerna biträttas av sakkunniga från Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers.

Granskningen är avgränsad till divisionerna Folktandvården, Medicinska respektive Opererande specialiteter, Primärvården samt Kultur och Utbildning. Granskningen baserar sig på intervjuer med divisionscheferna inom

urvalet av divisioner samt chefen för hälso- och sjukvårdsenheten i landstingsdirektörens stab.

Granskningen visar att implementeringsprocessen inte har kommit särskilt långt. Hur divisionerna ska driva processen vidare uppfattas delvis som oklart. En samordningsansvarig för frågan har utsetts inom landstingsdirektörens stab, och arbetet med att utforma en uppdragsbeskrivning har påbörjats. Arbetet med att förankra den samt att ta fram handlingsplaner och riktlinjer för tillämpning och uppföljning av barnkonventionens intentioner återstår. Dock arbetar divisionerna utifrån barnkonventionens intentioner främst i verksamheter som i huvudsak arbetar med barn och unga, i de flesta fall utan att det finns en medveten koppling till barnkonventionen. Intrycket är att landstinget till stora delar lever upp till barnkonventionens intentioner i de av landstingets verksamheter som arbetar med barn och ungdomar. Utmaningen ligger i att förverkliga barnkonventionens intentioner i de verksamheter där barn och unga inte ingår som ett särskilt verksamhetsområde.

Den uppföljning som förekommer i dagsläget är den som sker genom sedvanlig rapportering från verksamheterna och divisionerna. Den innehåller inte någon strukturerad koppling till barnkonventionen. I den mån uppföljningen kan kopplas till barnkonventionens intentioner handlar det i huvudsak om uttalade mål inom de divisioner med verksamheter som direkt berör barn och unga.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsens implementeringsarbete inte i alla avseenden bedrivs ändamålsenligt, särskilt med tanke på att landstinget i Barnombudsmannens enkät deklarerat brister både år 2005 och 2007. Vidare anser vi att den uppföljning och interna kontroll som förekommer idag inte är tillräcklig för att säkerställa att landstinget lever upp till barnkonventionens intentioner. Landstingsstyrelsen bör se till att en struktur för arbetet med förverkligandet av barnkonventionen implementeras, inklusive en systematik för uppföljning, för att skapa förutsättningar för en tillfredsställande återkoppling och kontroll. Revisorerna kommer därför med intresse följa den process som nu inletts inom landstingsdirektörens stab.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

Landstingsstyrelsen delar revisorernas intryck att landstinget till stora delar lever upp till barnkonventionens intentioner i de av landstingets verksamheter som arbetar med barn och ungdomar. Den systematik som landstingsstyrelsen har ambition att åstadkomma inom detta område har ännu inte förverkligats fullt ut men arbetet pågår.

Landstingsstyrelsen ger mot denna bakgrund landstingsdirektören i uppdrag att säkerställa att det påbörjade arbetet med att genomföra ett systematiskt arbete kring barnkonventionen intensifieras. Landstingsstyrelsen uppdrar även till landstingsdirektören att återkomma till styrelsen med en rapport i frågan under hösten 2010.

Åtgärd

Se även Uppdrag 2009.

Följande arbete har hittills utförts efter revisorernas granskning av landstingets arbete med att implementera barnkonventionen.

Under hösten 2010 genomförde landstinget en kartläggning av samtliga hälso- och sjukvårdsdivisioner, division Service samt division Kultur och Utbildnings barnkonventionsarbete.

Kartläggningen, som hade öppna svarsalternativ, utgick ifrån barnkonventionens artiklar 2, 3, 6, och 12 (som ses som barnkonventionens fyra huvudprinciper och uttrycker kärnan av barnets rättigheter). Utöver de grundläggande artiklarna finns ett antal sakartiklar som tydligt beskriver barnets rätt till skydd, att få sina behov tillgodosedda och barnets rätt till delaktighet. I kartläggningen fokuserade frågorna därför framförallt på grundprinciperna och följande artiklar; 19 - barnets rätt till skydd mot försummelse och vanvård, 23, 24 - barnets rätt till hälsa, vård och rehabilitering, 31 - barnets rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet och 42 - som handlar om hur kunskap och information om konventionen sprids.

Alla frågor var dock inte adekvata för alla verksamheter. Att sammanställa och dra slutsatser utifrån öppna svarsalternativ är varken särskilt praktiskt eller tidseffektivt, men bedömdes vara enda sättet att få kännedom av hur läget såg ut i landstinget. Resultatet, som ska ses som en nulägesbeskrivning, visar att det görs många bra saker på detta område i många av landstingets divisioner, men att det också ser olika ut bland de olika divisionerna. Vissa divisioner har av tradition arbetat mer med frågan. Resultatet av kartläggningen har distribuerats till samtliga deltagande divisioner. Resultatet kommer nu att ligga till grund för landstingets fortsatta arbete. En arbetsgrupp har utsetts för det fortsatta arbetet, vilket bör ses som att en struktur för arbetet med förverkligandet av barnkonventionen nu har implementerats.

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, som innebär att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas av hälso- och sjukvården och dess personal om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med:

- Har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning.
- Har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada.
- Är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.
- Öväntat avlider.

Utifrån detta tillägg i lagen pågår just nu ett arbete med att ta fram en landstingsgemensam riktlinje för hur dessa barn ska hanteras. Målsättningen är att riktlinjen ska vara klar innan sommaren och kunna implementeras under hösten 2011. För att underlätta detta arbete har det i VAS införts en sökordsterm ("barn §2") som på sikt ska användas för att kunna fånga upp dessa barn.

Diskussioner pågår även om att inom alla verksamheter inrätta ett så kallat barnombud, enligt vuxenpsykiatriens exempel, vars uppgift skulle vara att bevaka barnens intressen och frågor som rör barn (eftersom de inte kan föra sin egen talan) samt ha särskild kunskap i dessa frågor.

En A4-plansch i färg med barnkonventionens artiklar uppräknade (där de artiklar som anses ha särskild betydelse för landstinget markerats med en avvikande färg) har tryckts upp och distribuerats till divisionerna för sprid-

ning inom respektive verksamhet.

Revisionen kritiserar landstinget för att ha bristande uppföljning och intern kontroll när det gäller att säkerställa att landstinget lever upp till barnkonventionens intentioner.

När det gäller uppföljningen av detta område kan konstateras att det inte är någon enkel fråga att hantera, det visar vår egen kartläggning prov på. Det finns i dagsläget inte några gemensamma nationella uppföljningsparametrar för arbetet med barnkonventionen och barnens rättigheter. Svårigheterna i att försöka ta fram mätbara uppföljningsparametrar på detta område är många, ett faktum som också blivit tydligt i de kontakter Norrbotten har haft med andra landsting/regioner (som inte heller lyckats ta fram några sådana parametrar). Barnkonventionen är omfattande i sin konstruktion. Svårigheten ligger i vad och hur man ska mäta. Mycket av det arbete som redan bedrivs är svårt att följa upp med mätbara mål. Det är möjligt att sätta upp och även följa upp aktivitetsmål (d v s aktiviteter som utförts på detta område, exempelvis hur många personer som under ett år fått utbildning i ämnet), detta säger dock inget om resultat och kvalitet och hur det kommer barnen till gagn i slutänden. Relevanta resultatmätt är således svåra att identifiera och mäta och behöver utvecklas.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetar f n med en kartläggning avseende landstingens behov och efterfrågan avseende fortbildning och andra stödinsatser (för att utveckla arbetet med barnens rättigheter utifrån barnkonventionen). Landstingets förhoppning är att resultatet av denna ska bidra till någon form av praktiskt stöd för landstingen.

Landstingets ambition är att fortsätta arbetet med implementeringen av barnkonventionen i samtliga verksamheter, en process som dock tar tid.

Den interna kontrollen inom division Service (§ 227-09)

Ärendebeskrivning

Komrev har på landstingets revisorers uppdrag granskat om den interna kontrollen inom division Service är tillräcklig.

Granskningen har genomförts genom studier av ett urval om nio processer/kontrollområden inom divisionen: Säkerhetsarbete/riskbedömning, Verksamhetsplanering, Verksamhetsuppföljning, Ekonomistyrning, Kvalitetsutveckling, Samverkan/kundrelationer, Jämställdhet, Arbetstillfredsställelse och Helhetssyn i läns- och divisionsperspektiv.

Sammanlagt 23 intervjuer har genomförts med 31 företrädare för verksamhetsområdena inom divisionen samt divisionerna Primärvård och Opererande specialiteter.

Revisorerna konstaterar att den interna kontrollen är tillräcklig för sju av de nio granskade områdena. För områdena Säkerhetsarbete/riskbedömningar och Jämställdhet är den interna kontrollen inte tillräcklig.

För området Säkerhetsarbete/riskbedömningar varierar nivån och agerandet avseende riskbedömningar mellan divisionens verksamhetsdelar. För området Jämställdhet behöver uppföljningen och rapporteringen förbättras.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen instämmer i iakttagelserna om bristerna och finner det angeläget att dessa åtgärdas. I det följande redovisas de åtgärder som redan vidtagits och kommer att vidtas för att åtgärda bristerna.

Säkerhetsarbete med fokus på riskbedömning

Det pågår ett aktivt arbete för att inkludera alla verksamheter inom divisionen avseende riskbedömning som en del av säkerhetsarbetet. Processorienteringen inom divisionen gör att behovet av gemensamma rutiner för bl a avvikelshantering accentuerats. Rapportering av avvikelser i det interna arbetet ger det bredaste stödet till förbättringsarbeten och är grunden för det stöd som ges till länets alla vårdverksamheter. Under hösten startas ett arbete med att finna gemensamma rutiner och blanketter för avvikelserapportering och åtgärder. Inom ramen för detta arbete ska också rutinerna för patientnämndsärenden ses över.

Vad gäller avvikelserapportering med hjälp av Synergi framskrider det långsamt. Det krävs att Synergi utvecklas för att det ska kunna användas på ett effektivt sätt inom divisionens verksamheter. Generellt gäller att systemet inte är utvecklat för den typ av avvikelser som förekommer i divisionen. De ärenden som direkt berör patientsäkerheten är mycket få. Synergi kan fungera som system för divisionens verksamhetsområden, men utveckling och anpassning av systemet krävs. En genomgång av systemets möjligheter och begränsningar ska göras inom divisionen.

Vid större organisatoriska förändringar görs en riskanalys (konsekvensanalys) innefattande arbetsmiljöförändringars påverkan på bl a kvaliteten. I riskanalysen beskrivs även de åtgärder som vidtas för att minimera riskerna eller för de inte ska uppstå. Detta görs tillsammans med medarbetare och skyddsombud. Under säkerhetsarbetet ligger ju också det systematiska arbetsmiljöarbetet. Under hösten kommer en processanalys att genomföras och i anslutning till det en översyn av arbetssättet. Planeringen är att implementera detta efter årsskiftet.

I samband med förberedelser inför pandemin har förbättringsområden inom säkerhetsområdet aktualiserats. Arbetssättet utgår från att allt är normalt och fungerar enligt plan, och det är oftast när det uppstår störningar som uppslag till förbättringsarbete tydliggörs. Dessa erfarenheter kommer att tas tillvara i det kommande planeringsarbetet.

Inom Administrativ service ska en krishanteringsplan färdigställas för att öka beredskapen ifall en medarbetare skulle komma till skada, på eller utanför jobbet. Uppföljning ska göras av organisationsförändringen inom löneenheten för att säkerställa en god arbetsmiljö.

Inom Kostservice har ett samarbete startat med enheten för arbetslivshälsa (EFA) i syfte att öka kunskapen om riskbedömningar. Det finns rutiner för avvikelshantering, men information om rutinerna och vad dessa syftar till kvarstår att genomföra.

Landstingsfastigheter har idag goda rutiner för säkerhetsarbetet och riskbedömningar. De eventuella problem som uppkommer tas tillvara i det löpande förbättringsarbetet.

Gemensam service har inom ramen för sitt kvalitetsarbete enligt ISO 9000 arbetat aktivt med avvikelshantering. Alla avvikelser rapporteras oavsett om de gäller entreprenörens, kundens eller egen verksamhet. Avvikelserna följs upp och används som underlag för förbättringsarbeten på kort och lång sikt.

Jämställdhet

Jämställdhetsarbetet bedrivs på olika sätt inom divisionen. Divisionen har flera verksamheter som i huvudsak är enkönade av tradition. De områden inom jämställdhetsarbetet som varit aktuella hittills är lönekartläggning, arbetstider och rekrytering.

Den låga omsättningen på personal gör att nyrekrytering sker sällan. Vid rekrytering är bl a kön/nationalitet/ålder några parametrar, men det viktigaste är att hitta rätt person som passar i gruppen. Målet är att göra varje arbetsplats attraktiv för att locka grupper som annars inte skulle söka arbete mer otraditionellt. Detta görs med bl a utbildningsinsatser och med en möjlig utveckling inom andra arbetsområden. T ex har Gemensam service inom ramen för kvalitetsarbetet funnit nya kompetensområden som kan locka nya medarbetare till verksamheten. Några exempel är kvalitetssamordnare, interna revisorer och fadder/coach för nyanställda.

Inom Administrativ service ska riktlinjer för rekrytering tas fram det kommande året för att ytterligare trycka på vikten av en jämlik fördelning mellan könen.

Inom Kostservice har ett utvecklingsprogram startat med utbildning tillsammans med Röda korset med Kommunals utbildningsmaterial ”Vägen framåt” som bl a innehåller avsnitt om jämställdhet. Syftet är att så småningom ska detta vara en naturlig del på arbetsplatsträffarna.

Åtgärder och resultaten av jämställdhetsarbetet kommer fortsättningsvis att följas upp mer strukturerat inom divisionen. Inom divisionen kommer också ökad uppmärksamhet ges till den nya diskrimineringslagen framöver.

Åtgärd

Säkerhetsarbete med fokus på riskbedömning

Inom division **Service** har projektet Avvikelsehantering avrapporterat sitt arbete. Divisionen har tagit fram gemensamma rutiner för rapportering av avvikelser oavsett om det gäller patientsäkerhet eller kvalitet. Införandet i verksamheterna pågår.

Ett pilotprojekt pågår inom Gemensam service avseende anpassning av Synergi för registrering av kvalitetsavvikelser. I samband med det blir också divisionens verksamheter tillgängliga för sjukvårdsverksamheten att rapportera avvikelser avseende patientsäkerhet i Synergi. Införandet på bred front i divisionen görs med start inom Kostservice under våren.

Riskanalyser görs i huvudsak när det sker förändringar inom verksamheten, i samband med rapporterade avvikelser, vid inköp av utrustning samt i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Divisionen deltar också aktivt i arbetet med händelseanalyser som berör divisionens verksamheter.

Inom Kostservice har ett egenkontrollprogram för säker hantering av mat tagits fram. Utbildning av vårdpersonal vid sjukhusen i Sunderbyn, Kiruna och Gällivare har genomförts under det senaste året. Utbildning vid Piteå

och Kalix sjukhus genomförs under 2011. Parallellt har insatser gjorts för all kökspersonal. Vårdpersonalens kunskaper om vikten av en god kontroll av livsmedel har höjts samtidigt som vi uppmärksammat brister som kunnat åtgärdas. Dialogen med vårdpersonalen har förbättrats och fortsättningsvis kommer internrevisioner att genomföras.

Landstingets aktiva medverkan i kvalitetsregistret Senior Alert, där nutrition är en av parametrarna, har ytterligare tydliggjort vikten av goda rutiner och bra kostkvalitet.

Inom Länservice har särskilda insatser gjorts för att öka medvetenheten om risker avseende truckkörning och brandskydd.

Jämställdhet

För att öka medvetenheten om jämställdhet deltog divisionens ledningsgrupp i de utbildningar som NLLJämt anordnade. Det område som utvecklats mest efteråt är i vilken mån kön påverkar kundernas syn på divisionens verksamheter. Några resultat kan dock ännu inte redovisas.

Inom jämställdhet ur personalens perspektiv har några av måtten i divisionsplanen delats upp per kön, bl a medarbetarenkäten. Resultaten kommer att följas under året. Ett utbildnings- och informationsmaterial om diskriminering har tagits fram och kommer att introduceras på arbetsplatserna successivt.

Landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, med fokus på hjärtsjukvården (§ 12-10)

Ärendebeskrivning

Revisorerna har på uppdrag av Komrev granskat hur landstinget på en övergripande nivå arbetat med att införa Socialstyrelsens föreskrift om *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 (M)*. I syfte att bedöma hur föreskriften realiserats inom hälso- och sjukvården har granskningen undersökt hur ledningssystemet införts och anpassats till landstingets hjärtsjukvård.

Revisorernas frågeställning fokuserades på om landstinget uppfyller de krav som ställs i Socialstyrelsens författning 2005:12 ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården” med fokus på hjärtsjukvården.

Revisorernas allmänna bedömning är att landstinget kommit relativt långt i patientsäkerhetsarbetet och att landstingsstyrelsen uppfyller kraven som ställs i föreskriften om kvalitet och patientsäkerhet. Däremot anser revisorerna att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet inte tillämpas fullt ut inom hjärtsjukvården. Detta, menar revisorerna, kan vara en indikation på att motsvarande förhållanden kan gälla även för andra delar av landstingets hälso- och sjukvård.

Revisorerna har funnit att det på övergripande nivå finns ett ledningssystem som beskrivs i landstingsplan. Däremot saknar revisorerna kopplingen mellan landstingsplan, övergripande styrdokument och Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12. Detta gör det svårt, menar revisorerna, att se landstingets sammanhållande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Detta kan även vara en orsak till att föreskriften inte implementerats tillräckligt inom hjärtsjukvården.

Det saknas, enligt revisorerna, en bild över hur vårdgivaren och tjänstemannivåernas chefsfunktioner i linjeorganisationen bygger upp ledningssystemet enligt föreskriften d v s de områden som föreskriften omfattar

Att inte hjärtsjukvården i alla delar tillämpar SOSFS 2005:12 i sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete kan delvis beror på, menar revisorerna, att vårdgivaren inte har tillräckligt bra metoder för implementering av t ex nya generella riktlinjer som är upprättade av vårdgivaren och nationella riktlinjer.

Föreskriften omfattar bemötande, metoder för diagnostik, vård och behandling, kompetens, samverkan, riskhantering, avvikelshantering, försörjning av tjänster, produkter och teknik, spårbarhet samt egenkontroll, uppföljning och utvärdering. Inom de områden där generella riktlinjer är upprättade har också hjärtsjukvården upprättat rutiner och riktlinjer. Med detta vill revisorerna visa på betydelsen av att vårdgivaren upprättar generella riktlinjer även inom de områden som ännu inte är klara.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingets ledningssystem

Landstingets samlade ledningssystem utgör en integrerad del av landstingsplanen som fastställs årligen av landstingsfullmäktige till Ett av målen är God vård och målet anknyter direkt till Socialstyrelsens föreskrift avseende kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). God vård innebär att hälso- och sjukvården ska vara: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig, Säker, Patientfokuserad, Effektiv, Jämlig vård samt ges i Rimlig tid. Därmed är kopplingen mellan det samlade ledningssystemet och Socialstyrelsens krav på ledningssystemet säkerställd.

Ledningssystemet innebär att tydliga mål anges och att målen ska nås genom att bedriva ett systematiskt lärandestyrtd förbättringsarbete på bred front. En grundbult i arbetet är landstingets grundläggande värderingar d v s patientorientering, engagerat ledarskap, allas delaktighet, kompetensutveckling, långsiktighet, samhällsansvar, processorientering, förebyggande åtgärder, ständiga förbättringar, ständigt lärande, snabba reaktioner, faktabaserade beslut samt samverkan på flera plan och i olika avseenden. Som yttersta restriktion gäller att verksamheten ska bedrivas och utvecklas inom ramen för tillgängliga resurser.

På divisionsnivå används ledningssystemet för styrning och ledning genom divisionsplaner anpassade för respektive divisions verksamhetsområden. Divisionsplanen innehåller planering, metoder för genomförande samt målanvisningar och resultatmätt. Detta resulterar i kontinuerlig och systematisk uppföljning av verksamheternas resultat som i sin tur styr det kontinuerliga förbättringsarbetet. Divisionsplanen fastställs årligen av landstingsdirektören efter dialog med divisionschef.

På verksamhetsnivå är verksamhetschefen ansvarig för att utforma sin verksamhetsplan med divisionsplan som utgångspunkt och i samråd med divisionschef.

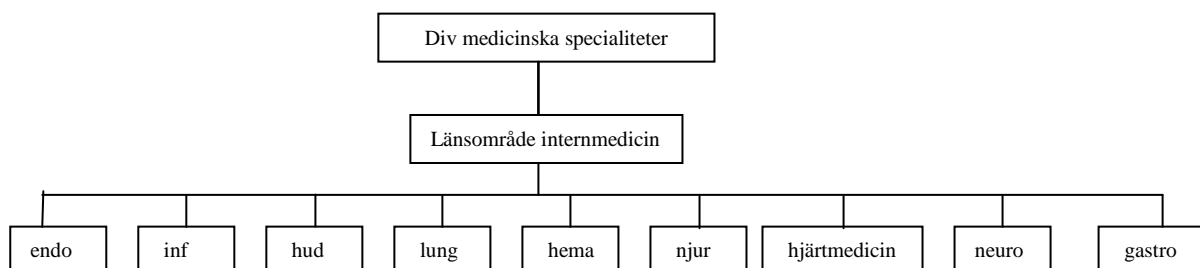
Verksamhetschefen ansvarar för att:

- Verksamhetsplan, enhets- och basenhetsplaner och medarbetarnas individuella planer utformas i linje med divisionens plan.
- Utforma och anpassa gemensamma rutiner, konkretisera mål, följa upp och utveckla/förbättra verksamheten inom verksamhetsområde.
- De krav som ställs på verksamheten i lagar, förordningar och föreskrifter uppfylls.
- Medarbetarna har kännedom om divisionens och verksamhetsområdets/klinikens verksamhetsmål samt att medarbetarna får information om verksamhetens resultat.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har ansvar att delta i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet som ska vara integrerat i verksamheten. Detta sker genom att aktivt medverka i verksamhetsplanering, diskussioner på verksamhets- och enhetsmöten samt på arbetsplatsträffar.

Hjärtsjukvården

Hjärtsjukvården är en del av division Medicinska specialiteter i länet, länsområde internmedicin. Varje medicinsk specialitet, sektion, har utvecklingsansvar för sin specialitet och är organisatoriskt underställd verksamhetschef.



Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 ska bidra till att resurserna fördelas så att patienterna får tillgång till den vård och behandling som ger mest nytta. Riktlinjerna består av ett antal rekommendationer för olika delar av hjärtsjukvården. Det är till exempel rekommendationer om vilken typ av prevention, läkemedel eller operation som ger bäst effekt vid olika hjärtsjukdomar. Dessutom har de organisatoriska och ekonomiska konsekvenser som de nationella riktlinjerna kan förväntas leda till beskrivits.

De nationella riktlinjerna är omhändertagna genom avstämning inom Norrlandstingen regionförbund (NRF) och under införande i regionlandstingen, inklusive Norrbotten läns landsting. Inom länet kommer i första hand krans-kärlssjukdom och hjärtsvikt att beröras i ett utvecklingsarbete. Ambitionen är att utarbeta lokala handläggningsöverenskommelser (HÖK) inom landstinget.

För vissa kardiologiska undersökningar och behandlingar har det regionala chefläkarsamrådet upprättat regionala behandlingsöverenskommelser.

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens föreskrift 2005:12

Landstingets ledningssystem är uppbyggt för att ge stöd för att bedriva verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12 avseende ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet utgör ett

komplement och del av det samlade ledningssystemet landstingsnivå, divisions- och verksamhetsnivå.

Syftet med ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är att skapa ordning och reda och att framförallt underlätta verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet¹ ska kännetecknas av ett vinna – vinna perspektiv där trygga patienter och närstående samt medarbetare står i fokus och där det finns förutsättningar för att göra rätt från början.

Vårdresultatet ska spegla säker och pålitlig vård där hjälplöshet, lidande, sjukdom, onödiga dödsfall och vårdskadestnader elimineras.

Vårdgivarens fortsatta arbete inriktas på att underlätta verksamhetens arbete med att införa och utveckla ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet genom att samla alla dokument, d v s ledningssystemet kopplat till SOSFS 2005:12, på ett och samma ställe på patientsäkerhetsportalen. Arbetet är påbörjat och beräknas vara klart senast i mars 2010.

Vårdgivaren kommer också att tillämpa ett systematiskt arbetssätt för att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad vård (t ex implementering av nationella riktlinjer, SBU-rapporter mm) Detta arbete är påbörjat och metodutveckling och arbetssätt ska förfinas ytterligare.

Revisorernas granskning av och iakttagelser kring landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet har stor betydelse för det fortsatta förbättringsarbetet med fokus på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på ledningsnivå liksom operativ nivå.

Åtgärd

I mars 2010 var arbetet med att samla alla dokument i ledningssystemet enligt SOSFS 2005:12 på ett och samma ställe klart. Detta ledningssystem är elektroniskt och finns presenterat på patientsäkerhetsportalen på landstingets intranät. Checklista för egenkontroll har underlättat verksamheternas arbete med att införa och utveckla ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen som granskade ledningssystemet hösten 2010 fann redovisade åtgärder tillfredsställande: ”ytterligare förbättringar gällande vårdgivarens ledningssystem har genomförts och utvecklingsarbete pågår fortlöpande”.

Landstingets samlade och övergripande ledningssystem utgör en integrerad del av landstingsplanen. Det övergripande ledningssystemet utvecklas och förbättras över tid. Som hjälpmedel finns olika ”verktyg” framtagna som till exempel informationsfilmer. En av dessa ”Den röda tråden” visar på betydelsen av sammanhang för att förbättra och utveckla verksamheten med hjälp av tydligt ledningssystem. Socialstyrelsen såg detta som ett föredöme vid sin granskning av ledningssystemet.

Institutionen för industriell ekonomi och samhällsvetenskap vid Luleå Tekniska Universitet fick patientsäkerhetsrådets uppdrag att utveckla en effektiv och kvalitetssäkrad implementeringsmodell för patientsäkerhetsarbetet i Norrbotten. Ett flödesschema med ett antal delchecklistor ämnade som

¹ Patientsäkerhetsarbete; Ett arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.”

verktyg vid implementering togs fram i syfte att få information att bli känd, förstådd och följd ute i verksamheten. Checklistan finns presenterad på patientsäkerhetsportalen och rekommenderas att användas vid bland annat implementering av patientsäkerhetslagen.

Exempel från divisionerna:

Division Folk tandvård har sedan 2005 på övergripande nivå i hela länet bedrivit systematiskt och dokumenterat arbete med hjälp av ledningssystemet.

Inom division Opererande specialiteter finns flera exempel på tillämpning av ledningssystemet, t ex verksamhetsområdet öron, näsa och hals som är en länsklirik.

Division Service styr, leder och producerar stödfunktioner till landstingets verksamheter enligt det övergripande ledningssystemet som divisionen, i divisionsplanen, brutit ner i mål och strategier för divisionens identifierade huvudprocesser.

Revisionsrapporten avser specifikt hjärtsjukvården men division Medicinska specialiteter har tagit ett helhetsgrepp för att förbättra och underlätta arbetet med ledningssystemet, t ex genom att upprätta en patientsäkerhetsplan med tillhörande aktiviteter baserad på kraven i SOSFS 2005:12. Divisionen har avsatt särskilda resurser på stabs- och verksamhetsnivå för att underlätta införande av ledningssystem samt uppföljning enligt ledningssystemet.

Arbetet med att tillämpa systematisk arbetssätt för att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad vård, t ex implementering av nationella riktlinjer och SBU-rapporter fortsätter och kommer att få ytterligare fokus då utvecklingsenhetens verksamhet kommit i gång.

Granskning av läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre (§ 13-10)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna har Komrev i samarbete med sjuksköterskor i fem kommuner, under en dag, låtit samla in statistik över läkemedelsanvändningen vid sammanlagt trettionio särskilda boenden. Det handlar om en sammanställning av läkemedelsanvändningen hos cirka 1 000 äldre personer i länet. Statistiken har sedan tolkats utifrån intervjuer med kommunsjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, läkare och ordförande för läkemedelskommittén.

Rapportens slutsats är att läkemedelsanvändningen inte är helt ändamålsenlig och att det finns utrymme för förbättringar framför allt med avseende på uppföljning av läkemedelsanvändningen hos de äldre i länets särskilda boenden. Revisionen efterlyser:

- Bättre styrning och intern kontroll att läkemedelsanvändningen verkligen är ändamålsenlig.
- Större fokus på patientgruppen från primärvårdens sida.
- Ökad rapportering av läkemedelsavvikelser för patientgruppen.
- Mer fortbildning till vårdpersonalen.

- En definition på vad begreppet läkemedelsgenomgång innebär.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Inledande synpunkter

Läkemedel givet till rätt patient, i rätt dos och vid rätt tillfälle är en av de mest effektiva och säkra behandlingsmetoderna för att bota och lindra sjukdom och symtom. Omvänt kan läkemedel försämra livskvalitet och utgöra grundorsak till nya symtom och lidande om det används på fel sätt. Undermålig uppföljning av insatt läkemedelsbehandling hos äldre är ett område som uppmärksammas mycket under senare år. Nyligen har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjort en systematisk utvärdering av alla metoder ägnade att förbättra äldres läkemedelsanvändning (SBU-rapport 193, 2009). SBU betonar att det inte räcker med enstaka åtgärder utan att det behövs en rad åtgärder som rör informationshantering, rutiner och stöd vid förskrivning samt behandlingsuppföljning.

I Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2009, publicerade SKL i november kommunvisa jämförelser bl a inom läkemedelsområdet. Läget i kommunerna visar en förbättring sedan förra jämförelsen 2007 och Norrbotten ligger sammantaget bättre till än riket med mindre polyfarmaci och färre riskfyllda läkemedelskombinationer.

Utöver rutinsjukvård har en del insatser inom området, såsom exempelvis läkemedelsgenomgångar, genomförts i landstingets och i kommunal regi sedan slutet av 90-talet. Läkemedelsgenomgångarna har i många fall bidragit till förbättringar av situationen för en tid.

Den äldre multisyuka patienten behöver dock återkommande tillsyn och uppföljning utifrån ett medicinskt helhetsperspektiv. Uppföljning och omvärdering av patientens läkemedelsanvändning ska ingå som en viktig del i denna helhet.

Utökat läkarstöd vid särskilda boenden

Primärvården kommer att höja ambitionsnivån på området.

För den äldre människan med manifest sjukdom och kontinuerlig medicinering är det inte tillräckligt med en årlig genomgång av läkemedelsanvändningen. En ändamålsenlig rondverksamhet måste genomföras där patientens totala medicinska status utvärderas med eventuell provtagning och andra åtgärder.

Primärvårdens chefläkarorganisation/läkemedelsgrupp har idag ansvar för att utforma rekommendationer och krav på hur dessa ronder ska genomföras. Under 2010 kommer en överföring av detta ansvar till Beställarorganisation för Primärvård att övervägas.

Varje särskilt boende bör ha namngiven fast allmänläkare och klara rutiner för vikarie vid dennes frånvaro/semester. Vid brist på ordinarie läkare skall boendet erbjudas läkare med högsta möjliga kontinuitet och om möjligt allmänläkarkompetens.

Förbättrad läkemedelsförskrivning

Nationella indikatorer för god läkemedelsterapi till äldre publicerades för första gången av Socialstyrelsen år 2004. De är i dag väl kända och tillämpas vid förskrivning av läkemedel, utbildning och nationella jämförelser. I Norr-

botten har indikatorerna gjorts kända via information och utbildningsinsatser från läkemedelskommittén, primärvården och Apoteket AB.

Socialstyrelsen har under 2009, i samarbete med landets läkemedelskommittéer, arbetat med att revidera de nationella indikatorerna. Inriktning och mål för förskrivning och läkemedelsanvändning vid särskilda boenden ska ske i enlighet med Socialstyrelsens nya indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, som kommer att publiceras i februari 2010. Primärvården och läkemedelskommittén kommer under året att genomföra en utbildning inom området.

För att förbättra läkemedelsförskrivningen behöver länets läkare ett IT-stöd med tillgång till automatiserad varning för riskfyllda läkemedelskombinationer (interaktioner), tillgång till samlad biverkningsöversikt och direktkoppling till relevanta farmakologiska informationskällor i förskrivningsögonblicket. Ett sådant IT-stöd, Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) finns idag. SIL är prioriterat för införande i landstingets journalsystem VAS men av såväl tekniska som ekonomiska orsaker kommer SIL att integreras med det nya VAS+ senare än ursprungligen planerat.

Förbättrad läkemedelsavstämning

Ungefär 4 000 äldre norrbottningar får idag sina läkemedel via distributionsystemet Apodos. Systemet innehåller en elektronisk förskrivningsmodul som verkar helt avskilt från landstingets journalsystem. Icke överensstämmande läkemedelslistor har därför gett upphov till stora säkerhetsrisker för patienterna. Ett annat problem med Apodos är att det inte innehåller tillräckligt med historik över de läkemedelsförändringar som skett.

I december 2009 integrerades förskrivningsmodulen för Apodos i landstingets journalsystem VAS. Detta innebär att VAS numera automatiskt uppdateras med de senaste läkemedelsförskrivningarna i Apodos. En sådan läkemedelsavstämning är mycket väsentligt för att alla läkare, såväl i primärvården som på sjukhusen, ska kunna behandla patienten och ordinera läkemedel utifrån en aktuell överensstämmande läkemedelsjournal.

Variationen i användandet av läkemedel mellan olika boenden

Det är inte förvånande att en viss variation i läkemedelsanvändning kan förekomma mellan olika boenden då det handlar om mindre grupper av patienter på varje boende. Primärvårdens läkemedelsgrupp ska fortsätta följa upp läkemedelsförskrivningen med statistik ned på enhets- och förskrivarnivå. Med vårdvalet kommer denna uppföljning dels behöva ske på kollegial nivå på leverantörssidan, och med översyn och kvalitetskrav från beställarsidan.

Rapportera läkemedelsavvikelser

Den låga frekvensen rapporterade avvikelser i förhållande till den stora patientgruppen äldre på särskilda boenden är en fråga som det framväxande beställarkansliet inom Vårdval Norrbotten behöver analysera. Detta gäller förstås inte endast för läkemedel utan hela patientsäkerhetsarbetet visavi kommunerna över alla samarbetsområden.

Läkemedelsgenomgångar

Socialstyrelsen har i dokumentet "Nationella kvalitetsindikatorer" definierat vad en läkemedelsgenomgång är: "En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgången genomförs enligt ett strukturerat och syste-

matiskt arbetssätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner. Genomgångarna involverar flera professioner och vid behov finns tillgång till stöd av farmakolog, apotekare eller motsvarande. Vid genomgångarna finns aktuella uppgifter som beskriver patientens diagnos(er), vissa fysiologiska värden exempelvis blodtryck och njurfunktion och aktuellt hälsotillstånd. Symptomskattning sker utifrån en gemensam modell och olika läkemedelsrelaterade problem är beskrivna utifrån en gemensam mall. Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning är vägledande vid genomgångarna.”

Ovanstående kan anses utgöra en nationell definition av vad begreppet läkemedelsgenomgång innebär.

Gemensam nämnare för de insatser som på många håll i landet benämns läkemedelsgenomgång är att det handlar om en multidisciplinär kartläggning av en patients status i förhållande till läkemedelsanvändning. Efter kartläggningen vidtar ansvarig läkare och sjuksköterska nödvändiga åtgärder utifrån teamets åtgärdsförslag. Det multidisciplinära teamet som genomför läkemedelsgenomgången kan bestå av hela eller delar av följande discipliner: Läkare, sjuksköterska, apotekare, vårdpersonal, anhörig, patient.

I Norrbotten har två huvudmodeller av läkemedelgenomgång tillämpats.

Läkemedelsgenomgången är en punktinsats som fokuserar på läkemedelsbehandlingen. Arbetssättet har i många fall bidragit till förbättringar för äldre patienter på särskilda boenden. Den äldre multisjuka patienten behöver dock återkommande tillsyn och uppföljning utifrån ett medicinskt helhetsperspektiv. Ett utökat multidisciplinärt uppföljningsarbete i vardagssjukvården med fokus på läkarstöd utgör bas i detta arbete.

Fortbildning av vårdpersonal

Vårdpersonalen har kontakt med patienterna dagligen och har, vid sidan om de anhöriga, en dagsaktuell bild över patienternas livskvalitet. Genom åren har vårdpersonal och sjuksköterskor i ett flertal kommuner utbildats i läkemedelsbehandling av äldre. Utbildningarna har i de flesta fall initierats av kommunerna och genomförts av representanter från apoteken och/eller primärvården. Landstingsstyrelsen ser det som väsentligt att vårdpersonal och sjuksköterskor även framöver bereds möjlighet att få utbildning i området.

Åtgärd

Inledning

I maj 2010 skrevs ett inriktningsdokument på temat Läkemedel och äldre. Det har nu gått nästan ett år och det är dags för översyn och omskrivning p g a av interna fakta. Polyfarmaci² är ett stort problem bland äldre och äldre norrbottningar synes ha en hög antibiotikakonsumtion nationellt sett m m, men också p g a tre externa inspel, nämligen:

- Uppföljningen av denna revisionsrapport.
- Erbjudande från Apoteket Farmaci (i samarbete med Pensionärernas Riksorganisation och Sveriges Pensionärsförbund) om att sälja läkemedelsgenomgångar till landstinget.
- En skrivning från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom Nat-

² När en person får många olika mediciner samtidigt på daglig basis. Problemet är att många mediciner har liknande egenskaper och därför får patienten ett överintag. Det är vanligast bland äldre och då de får och fler mediciner utskrivna med åren för att lindra diverse åkommor.

ionell satsning för ökad patientsäkerhet: ”Läkemedelsrelaterade problem – åtgärder för att förebygga”.

Länk <https://www.skllkommentus.se/Web/ProduktB.aspx?p=2441>

Läkemedel givet till rätt patient, i rätt dos och vid rätt tillfälle är en av de mest effektiva och säkra behandlingsmetoderna för att bota och lindra sjukdom och symtom. Omvänt kan läkemedel försämra livskvalitet och utgöra grundorsak till nya symtom och lidande om det används på fel sätt. Undermålig uppföljning av insatt läkemedelsbehandling hos äldre är ett område som uppmärksammas mycket under senare år. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk utvärdering av alla metoder ägnade att förbättra äldres läkemedelsanvändning (SBU-rapport 193, 2009). De betonar bl a:

”Det finns ingen enskild åtgärd, exempelvis läkemedelsgenomgångar, som kan lösa dagens problem med läkemedelsbehandling av äldre patienter. Istället krävs flera samtidiga förändringar som rör informationshantering, rutiner och hjälpmedel för förskrivning och behandlingsuppföljning, distribution av läkemedel samt utbildningsinsatser. Vårdens organisation och ansvarsfördelning bör också anpassas och klargöras.”

Länk.

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Aldres-lakemedelsanvandning---hur-kan-den-forbattas/>

Läkarstöd vid särskilda boenden

För den äldre människan med manifest sjukdom och kontinuerlig medicinering är det inte tillräckligt med en årlig genomgång av läkemedelsanvändningen. En ändamålsenlig rondverksamhet måste genomföras där patientens totala medicinska status utvärderas med eventuell provtagning och andra åtgärder.

Varje särskilt boende bör ha namngiven fast allmänläkare och klara rutiner för vikarie vid dennes frånvaro/semester. Vid brist på ordinarie läkare ska boendet erbjudas läkare med högsta möjliga kontinuitet och om möjligt allmänläkarkompetens.

Förbättrad läkemedelsförskrivning

Nationella indikatorer för god läkemedelsterapi till äldre publicerades för första gången av Socialstyrelsen år 2004. De är i dag väl kända och tillämpas vid förskrivning av läkemedel, utbildning och nationella jämförelser. I Norrbotten har indikatorerna gjorts kända via information och utbildningsinsatser från läkemedelskommittén, primärvården och Apoteket AB.

För att förbättra läkemedelsförskrivningen behöver länets läkare ett IT-stöd med tillgång till automatiserad varning för riskfyllda läkemedelskombinationer (interaktioner), tillgång till samlad biverkningsöversikt och direktkoppling till relevanta farmakologiska informationskällor i förskrivningsögonblicket. Ett sådant IT-stöd, Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) finns idag. SIL är prioriterat för införande i landstingets journalsystem VAS, men av såväl tekniska som ekonomiska orsaker kommer SIL att integreras med det nya VAS+ senare än ursprungligen planerat.

Förbättrad läkemedelsavstämning

Ungefär 4 000 äldre norrbottningar får idag sina läkemedel via distributionssystemet Apodos. I december 2009 integrerades förskrivningsmodulen för Apodos partiellt i landstingets journalsystem VAS och i april 2010 sker en totalintegrering. Detta innebär att VAS numera automatiskt uppdateras med de senaste läkemedelsförskrivningarna i Apodos. En sådan läkemedelsavstämning är mycket väsentligt för att alla läkare, såväl i primärvården som på sjukhusen, ska kunna behandla patienten och ordinera läkemedel utifrån en aktuell och överensstämmande läkemedelsjournal.

Under hösten 2011 kommer också för alla primärvårdsenheter tydliggöras vikten av att Apodos används enligt ursprungliga intentioner, samt att behandlande läkare är den som skall initiera detta

Läkemedelsgenomgångar

Socialstyrelsen har i dokumentet ”Nationella kvalitetsindikatorer” definierat vad en läkemedelsgenomgång är: ”En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgången genomförs enligt ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner. Genomgångarna involverar flera professioner och vid behov finns tillgång till stöd av farmakolog, apotekare eller motsvarande. Vid genomgångarna finns aktuella uppgifter som beskriver patientens diagnos(er), vissa fysiologiska värden exempelvis blodtryck och njurfunktion och aktuellt hälsotillstånd. Symtomskattning sker utifrån en gemensam modell och olika läkemedelsrelaterade problem är beskrivna utifrån en gemensam mall. Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning är vägledande vid genomgångarna.”

Ovanstående kan anses utgöra en nationell definition av vad begreppet läkemedelsgenomgång innebär.

Gemensam nämnare för de insatser som på många håll i landet benämns läkemedelsgenomgång är att det handlar om en multidisciplinär kartläggning av en patients status i förhållande till läkemedelsanvändning. Efter kartläggningen vidtar ansvarig läkare och sjuksköterska nödvändiga åtgärder utifrån teamets åtgärdsförslag. Det multidisciplinära teamet som genomför läkemedelsgenomgången kan bestå av hela eller delar av följande discipliner: Läkare, sjuksköterska, apotekare, vårdpersonal, anhörig, patient.

I Norrbotten har två huvudmodeller av läkemedelgenomgång tillämpats. Vid 2009 års utgång avslutades projekt med genomgångar med stöd av apoteket Farmaci AB, och finansierat av stimulansmedel. Mer intressant är ett liknade arbete vid Övertorneå vårdcentral riktad mot äldre i eget boende, där sköterska med hjälp av datastöd (Safe med Pro) gör genomgångar som sedan ligger till grund för läkarens bedömning vid möte med patienten. Detta arbetssätt har primärvården för avsikt att breddinföra under 2011.

Läkemedelsgenomgången är en punktinsats som fokuserar på läkemedelsbehandlingen. Arbetssättet har i många fall bidragit till förbättringar för äldre patienter på särskilda boenden. Den äldre multisjuka patienten behöver dock återkommande tillsyn och uppföljning utifrån ett medicinskt helhetsperspektiv. Ett utökat multidisciplinärt uppföljningsarbete i vardagssjukvården med fokus på läkarstöd utgör bas i detta arbete.

Äldres användning av antibiotika

Tillgängliga siffror visar att förskrivningen av antibiotika till äldre är högre i Norrbotten jämfört med övriga landet. Detta leder till ökad risk för resistensutveckling, och i SKL:s patientsäkerhetsstrategi ingår att antalet antibiotikarecept nationellt till år 2014 skall minska till <250 recept per 1 000 invånare och år (aktuell siffra för Norrbotten är drygt 340). En satsning på statistikuttag och utbildningsinsatser inom området är uppstartad. För primärvården blir just denna faktor för äldre, nästa faktor som läggs upp av primärvårdsstaben med tertialsiffror på läns-, vårdcentral- och förskrivarnivå.

Sammanfattningsvis

Inom division Primärvård poängteras inom området följande:

- Säkerställande av att äldre patienter (såväl i eget som på särskilt boende) prioriteras vad gäller kompetens och kontinuitet på läkarsidan.
- Spridning av Övertorneå-modellen (datorstödd läkemedelsgenomgång riktad mot patienter i eget boende).
- Rationellt nyttjande av Apodos.
- Distribuering av statistik ned på förskrivarnivå per tertiäl med en strategisk planering av turordning och omfång av detsamma, i samråd med varje enskild vårdcentral. Här kommer särskilt betonas faktorn ”antibiotika till äldre”.

På landstingsnivå kommer under 2011 fokus att läggas på följande:

- Ett landstingsövergripande styrdokument vad gäller Äldre och Läkemedel kommer att tas fram i samråd mellan utvecklingschef, läkemedelsstrateg och medicinsk sakkunnig i beställarsektionen. Stor vikt härvidlag kommer att läggas på SBU:s skrivning från 2009 (se under inledning) och betydelsen av en multifaktoriell arbetsmodell.
- Satsningen från SKL vad gäller ökad patientsäkerhet kommer att ställa krav på landstinget att utforma strategier såväl vad gäller minskad antibiotikaanvändning, som att implementera skrivningen kring ”läkemedelsrelaterade problem”. Landstinget deltar i detta arbete.

Granskning av vissa kostnadsslag - Inhyrd personal via bemanningsföretag (§ 14-10)

Ärendebeskrivning

I landstingets revisorers årliga planering ingår granskningar med inriktning mot vissa kostnadsslag. För verksamhetsåret 2009 har revisorerna valt att granska kostnadsslag rörande inhyrd personal med avgränsning till inhyrda läkare via bemanningsföretag inom division Primärvård (jourcentralen i Piteå och vårdcentralen i Arvidsjaur och Kiruna), samt division Opererande specialiteter (de ortopediska enheterna vid Sunderby sjukhus och Piteå älvdals sjukhus). Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av revisorerna genomfört granskningen.

Revisorerna anser i sin sammanfattande bedömning att det finns betydande brister och att den interna kontrollen inte är tillräcklig, framförallt vid tillämpning av de regler och rutiner som ska säkerställa en korrekt hantering

vid anlitan av externa bemanningsföretag. Revisorerna grundar sitt ställningstagande utifrån följande konstaterade brister:

- Bristande kännedom om avtal och attestants skyldighet att kontrollera inkommande fakturor mot avtal och andra villkor.
- Muntliga överenskommelser som omöjliggör efterkontroll.
- Ersättningar som gör avsteg från träffade överenskommelser (ramavtal) är inte bestyrkta av behörig personal inom landstinget.
- Avropsavtal hänvisar till ramavtal som inte finns, vilket omöjliggör efterkontroll.
- Kontrollen rörande vilka leverantörer som anlitas har inte fungerat ändamålsenligt då antalet ej ramavtalsbundna leverantörer är stort.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna ed följande kommentarer:

Styrelsen konstaterar att granskade räkenskaper och upprättade anvisningar i stort följer gällande lagstiftning samt att granskade fakturor är konterade och periodiserade på rätt sätt.

Landstingsstyrelsen tar till sig den skarpa kritik som revisorerna beskriver i granskningsrapporten. Åtgärder för att säkerställa en god internkontroll har vidtagits.

Inhyrd personal kan dock inte helt undvikas, och det är inte heller önskvärt, eftersom det genom tillfälliga anställningar ges möjligheter till att få viss specifik kompetens.

Vidtagna åtgärder före och efter landstingsrevisorernas rapport 2009

- 1 Ett förbättringsarbete sker genom informationsspridning och utbildning gällande upprättade avtal och dess innehåll samt vilka leverantörer som är möjliga att anlita. Det genomförs också utbildnings- och informationsinsatser beträffande behörighet och befogenhet inom området.
- 2 En harmonisering mellan avropsavtal och ramavtal ska ske där felaktigheter påträffats för att möjliggöra en god efterkontroll.
- 3 En gemensam upphandling av bemanningsföretag pågår för närvarande i norra regionens sjukvårdsområde. I samband med implementeringen av nytt avtal planerar Norrbottens läns landsting informations- och utbildningsinsatser av berörd personal.
- 4 Kontroll- och uppföljningsrutiner samt tydligare tillämpningsanvisningar har upprättats.
- 5 Omgående insatser har vidtagits till följd av revisionsrapportens innehåll, dels för de direkt berörda divisionerna men också för de divisioner som inte granskats av revisorerna.
- 6 Vid de av revisorerna granskade områdena har följande åtgärder vidtagits:

Division Primärvård

Inom primärvården har ett omfattande analysarbete avseende stafettläkarfakturor genomförts för verksamhetsåret 2008 samt perioden 1 januari – 31

maj 2009. I likhet med revisorernas granskning har division Primärvård konstaterat brister i hanteringen, dels att verksamheten anlitat företag som landstingen inte har avtal med och dels att upphandlade avtalspriser ej följts. Vidare konstaterar division Primärvård att en särskild uppföljning och analys avseende nyttjande av stafetter i samband med jour kommer att genomföras, allt i syfte att förbättra styrningen av jourarbetet.

Med anledning av analysarbetets resultat har division Primärvård genomfört utbildnings- och informationsinsatser till regionchefer och samtliga verksamhetschefer som berörs och nyttjar stafettläkare.

Tre viktiga erfarenheter som division Primärvård jobbar vidare med är:

- De problem som finns vid beställning där jour/beredskap ingår.
- Brist på rutiner avseende avtal och registrering när det handlar om ej upphandlade bolag.
- Bättre utbildningsinsatser riktade till den personal som avropar från upprättade avtal.

Division Opererande specialiteter

För att komma tillrätta med de oklarheter som visade sig råda vad gäller regler och rutiner för användande av läkarbolag vidtogs följande åtgärder under 2009:

- Rutinbeskrivning togs fram i februari 2009 som i detalj beskriver hur beställningarna ska gå till – se bilaga. Divisionsledningen fastställde rutinerna vid sitt möte i februari .
- Vid den introduktionsdag för nya chefer som genomförs en gång per år informeras cheferna om de krav som ställs på sak- respektive beslutsattester. Gäller vid samtliga köp av varor och tjänster.

Nya åtgärder:

- En genomgång kommer att göras av samtliga fakturor från läkarbolag för perioden januari – december 2008 samt januari – maj 2009. Genomgången kommer att utföras av divisionens ekonomer och påbörjas vecka 26.
- Nuvarande rutiner kommer att skickas ut till sak-/beslutsattester. Ekonomer kopplade till respektive verksamhetsområde kommer att gå igenom rutinerna med berörda.
- Löpande internkontroll kommer att genomföras för att säkra att rutinerna efterföljs.
- Vid divisionsledningsmöten och verksamhetsdialoger kommer en uppföljning att ske av ovanstående.
- De avtal som vid genomgången enligt ovan inte är diarieförda kommer att diarieföras i efterskott enligt landstingets anvisningar.
- Vid upphandling av läkarbolag måste behovet i kravspecifikationen tydliggöras på ett annat sätt än idag. Ansvarig för det är personalchefen i divisionen.

De ovan beskrivna rutinerna kan komma att ändras beroende på eventuellt nya anvisningar med anledning av revisionsrapporten och den ovan beskrivna genomgången.

Division Opererande specialiteters behov av läkarbolag har minskat under 2009. Utfall för 2008 var 37,4 mkr och för 2009 blev utfallet 29,2 mkr. Målet för 2010 är ytterligare minskning.

Åtgärd

Landstingsgemensamt

Den gemensamma upphandlingen i norra sjukvårdsregionen har drabbats av förseningar, då några av de bemanningsföretag som inte bedömts klara landstingens leverantörskrav har överklagat upphandlingsprocessen. Kamrarrätten har nyligen beviljat prövningstillstånd. Landstinget har förlängt avtalen med befintliga leverantörer fram till dess att rättsläget är uppklärat och det blir möjligt att teckna nya avtal. Målet att genomföra informations- och utbildningsinsatser i samband med implementeringen av nya avtal kvarstår därför enligt tidigare.

Rutiner för uppföljning och kontroll skärptes omgående inom samtliga divisioner utifrån revisionsrapporten även om granskningen i huvudsak gällde vissa områden. Detta gällde också det senaste årets tillämpning av gällande bestämmelser.

Division Primärvård

- I den pågående upphandlingen finns schabloner för jour och beredskap.
- Interna rutiner finns nu inom divisionen, när man vänder sig utanför gällande avropsavtal.
- Planerade utbildningsinsatser är uppskjutna tills nya avtal upprättats, handläggningen beträffande avrop av läkartjänster är också lagt på ett reducerat antal personer och ska alltid godkännas av länschef.

Division Opererande specialiteter

En genomgång av kostnader för inhyrda läkartjänster för hela 2008 och t o m maj 2009 har gjorts, enligt tidigare plan.

Handläggning av patientnämndsärenden (§ 15-10)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna inom Norrbotten läns landsting har Komrev översiktligt granskat landstingets handläggning av patientnämndsärenden.

Granskningens revisionsfråga är att bedöma om landstingets handläggning av patientnämndsärenden bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen avgränsas till Opererande specialiteter och Primärvård som under 2008 haft flest antal patientnämndsärenden och den del av handlägningsprocessen som ligger utanför patientnämndens ansvarsområde.

Revisorernas sammanfattande bedömning är att patientnämndsärenden endast till viss del handläggs på ett ändamålsenligt sätt.

Det framkommer i revisionsrapporten att vårdgivarens nuvarande rutiner och dokumenterade utgångspunkter, *Generella riktlinjer för klagomålshantering* är tillräckliga. Exempelvis noteras att riktlinjerna har en tydlig ambition och

vilja att lyfta fram och betona vikten av att patienter och/eller närstående klagomål tas på allvar. Tydligast blir detta då det framkommer att patientnämndsärenden ska hanteras enligt avvikelshanteringsprocessen.

Revisorerna har funnit att *Generella riktlinjer för klagomålshantering* i vissa avseenden inte är kända, förstådda och tillämpade inom de granskade divisionerna. Vidare finner revisorerna att patientnämndsärenden inte registreras som avvikelser och därför inte heller utreds som avvikelser enligt avvikelshanteringsprocessen.

Vidare påpekar revisorerna betydelsen av att verksamheterna har kunskap om och förståelse för vad som är att betrakta som ett patientnämndsärende.

Till viss del används erfarenheterna från klagomålshantering i verksamheternas kvalitets- och förbättringsarbete. Dock påpekar revisorerna att brister i roll och ansvarsfördelning samt definitionsfrågan har en negativ inverkan på divisionernas möjligheter att använda erfarenheterna från patientnämndsärenden i lärande och förbättringsarbete.

Revisorerna lyfter fram betydelsen av att patienter och/eller närstående verkligen får återkoppling inte bara från Patientnämnden utan också från verksamheten.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Revisorernas granskning av berörda divisioner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, dvs det arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser.

Allting tyder på att patientens ställning i vården ytterligare successivt kommer att stärkas, (Patientens rätt; SOU 2008:127 och Patientsäkerhet; SOU 2008:117). Patientens rätt att kontakta patientnämnden är ovillkorlig och ska betraktas som patienternas avvikelser av upplevelser i hälso- och sjukvård.

På nationell nivå har definition av ett patientnämndsärende sedan länge diskuterats. Senast i arbetet med *Gemensam patientstatistik 2007 - struktur för rapportering på nationell nivå*. Huvudrubrikerna är vård- och behandlingsfrågor, bemötande – kommunikation, organisation, regler och resurser samt övrigt.

För att patientklagomål i högre grad än i dag ska användas som informationskälla i patientsäkerhetsarbetet är det anmälarens uppfattning av problemet som ska ligga till grund för patientnämndens val av problemområde, inte handläggare på patientnämnd eller hälso- och sjukvårdspersonal. Denna diskussion måste intensifieras i verksamheten för att ytterligare stärka patientens ställning i vården och för att klagomålen ska förebygga att liknande klagomål uppstår igen.

Landstingsdirektören får i uppdrag att ytterligare framhäva betydelsen av att verksamheten omsätter Generella riktlinjer för klagomålshantering till lokala rutiner och att verksamheterna intensifierar arbetet med klagomålshantering i enlighet med avvikelshanteringsprocessen och det därtill kopplade IT-stödet. Arbetet med att förenkla handläggning av klagomål i IT-stödet Synergi pågår. Detta medför att verksamheten kan handlägga och följa sina patientklagomål.

Åtgärd

Patientnämndens ärenden är en viktig del i landstingets förbättringsarbete.

Antal ärenden per kategori till landstingets patientnämnd
2009 och 2010

Division	Bemötande, kommunikation		Organisation, regler och resurser		Vård och behandlingsfrågor		Totalt	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Primärvård	95	63	33	43	55	47	183	153
Opererande	86	59	57	51	97	87	240	197
Medicin	47	27	23	29	37	36	107	92
Vuxenpsykiatri	39	16	33	13	21	29	93	58
Diagnostik	1	3	6	15	3	6	10	24
Folktandvård	16	11	15	5	16	12	47	28
Service	6	1	14	7	3	2	23	10
Kommuner	7	2	2	0	10	9	19	11
Annat landsting/ vårdgivare	7	2	3	3	3	2	13	7
Totalt	304	184	186	166	245	230	735	580
Varav								
Kvinnor	202	100	93	93	153	145	448	338
Män	102	84	93	73	92	85	287	242

Från 2009 har det totala antalet klagomål anmälda till Patientnämnden minskat inom samtliga divisioner förutom Diagnostik som har en marginell ökning. Denna ökning beror på lång väntetid till vissa specifika undersökningar inom klinisk fysiologi.

Divisionernas omhändertagande av patientnämndsärenden 2010

Division	Antal ärenden	Antal obesvarade ärenden	Andel obesvarade ärenden (procent)
Primärvård	153	41	27
Opererande	197	31	16
Medicin	92	11	12
Vuxenpsykiatri	58	6	10
Diagnostik	24	5	21
Folktandvård	28	1	3
Service	10	0	0
Totalt	562	95	17

Tabellen visar att 17 procent eller 95 patientnämndsärenden inte omhändertas av berörda verksamheter. Detta innebär att 95 patienter fått svar från patientnämnden utan redogörelser från berörda verksamheter under 2010.

Divisionerna Folktandvård, Service och Vuxenpsykiatri har omsatt landstingets *Generella riktlinjer för klagomålshantering* till lokala rutiner. Detta medför att deras patienter i mycket hög grad får återkoppling på sina klagomål.

För övriga divisioner och verksamheter återstår att anpassa *Generella riktlinjer för klagomålshantering* till lokala rutiner och tillämpningsanvisningar för att omhänderta och besvara patientnämndsärenden.

Patientnämnden har utarbetat en ny rutin som innebär att de begär svar från verksamheten inom en månad. För att patientnämnden ska kunna ge patienterna korrekt återkoppling på klagomålen krävs att samtliga verksamheter

tillämpar rutinerna.

Patienter som inte får svar på sina klagomål kan vända sig till Socialstyrelsen och anmäla händelsen, vårdgivaren och/eller enskild medarbetare i ett så kallat "enskilt klagomål" enligt patientsäkerhetslagen.

Januari 2010 fanns möjligheten att markera avvikelser som inkommit från patient eller närstående i Synergi. Sedan dess har 13 avvikelser markerats som "Inkommet via Patientnämnden från patient/närstående" och 10 avvikelser markerats som "Synpunkt från patient/närstående". Dessutom har sex avvikelser markerats som "Anmält till LÖF av patient/närstående" vilket också är ett klagomål. Detta innebär att klagomål inte registreras och handläggs enligt avvikelshanteringsprocessen i tillräcklig omfattning.

Patientsäkerhetslagen, 7 kap 10 §–18 §, ställer stora krav på att vårdgivaren och verksamheten har rutiner för klagomålshantering som även omfattar patientnämndsärenden. Dessa bestämmelser ska följas i landstingets samtliga berörda verksamheter.

Patientsäkerhet – Norrbottens läns landstings arbete med den nationella satsningen för att öka patientsäkerheten (§ 55-10)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på revisorernas uppdrag granskat landstingets prioritering på den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet.

Revisorernas frågeställning var att bedöma om landstingets prioritering på den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet fått genomslag i hälso- och sjukvård.

Fokusområden som granskats:

- Förebygga vårdrelaterade infektioner.
- Vårdprevention d v s förebygga fallskador, trycksår och undernäring.
- Förebygga läkemedelsfel vid vårdens övergångar.

Revisorernas allmänna bedömning är att landstingets prioritering på och arbete med den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet inom de områden som nämnts genomförts på ett ändamålsenligt sätt.

Revisorerna har funnit att modulen för infektionsregistrering i VAS inte varit prioriterad. Revisorerna påtalar betydelsen av att systematiskt mäta och redovisa förekomsten av vårdrelaterade infektioner för medarbetarna. Detta är en drivkraft, menar revisorerna, för att hålla förbättringsarbetet igång och vidmakthålla de goda resultat som VRISS fört med sig.

Revisorerna menar, trots det goda resultatet i satsningen, att en hel del förbättringsarbete kvarstår. Satsningen har bedrivits i en stor del av landstingets verksamheter men många enheter har ändå inte deltagit i det systematiska och landstingsgemensamma förbättringsarbetet. Därför föreslår revisorerna att fokus framöver sätts på spridning av de goda erfarenheterna från förbättringsarbetet och att åtgärdspaketet används i alla verksamheter, av alla medarbetare i allt patientnära arbete, alla gånger. Då menar revisorerna att den nationella satsningen lyckats i Norrbottens läns landsting.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsdirektören får i uppdrag att säkerställa ett fortsatt förbättringsarbete med fokus på spridning, d v s dela med sig och medverka för att alla verksamheter i vårdprocessen arbetar enligt åtgärds paketet.

Under 2010 ska alla berörda verksamheter delta i kvalitetsregistret Senior Alert.

Punktprevalensmätningar som visar förekomsten av vårdrelaterade infektioner och trycksår ska genomföras systematiskt och fortlöpande.

Strukturerat förbättringsarbete för säker läkemedelsprocess utvidgas under våren 2010 till att omfatta verksamheterna på Sunderby sjukhus.

Revisorernas granskning har stor betydelse för det fortsatta förbättringsarbetet med fokus på att en patientsäker vård.

Åtgärd

För att ett förbättringsarbete ska bli bestående måste det genomsyra hela systemet. Spridning av lyckade idéer och säkrare arbetssätt är ett ledningsansvar. Det är alltså tillämpning av säkrare rutiner och arbetssätt som leder till minskning av vårdskador.

Sedan starten 2007–2008 deltar landstinget aktivt i att implementera den nationella satsningens åtgärder. Landstinget har redan innan den nationella satsningen varit aktiva inom området.

En metod *Spridning av säkrare praxis*, framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), används nu inom många verksamhetsområden. Den innehåller bl a tips och idéer på hur förbättringsarbete kan synliggöras i hela organisationen. En framgångsfaktor är uppföljning av förbättringsarbetet på ledningsnivå och återkoppling till dem som genomför förbättringsarbetet.

Ett exempel på bra spridning finns inom läkemedelsområdet där olika enheter vid Kiruna, Gällivare, Piteå och Kalix sjukhus deltog i ett nationellt projekt, *Säker läkemedelsanvändning*. Arbetssättet spreds därefter till IVAK och infektion på Sunderby sjukhus samt IVAK på Gällivare sjukhus.

I kvalitetsregister Senior Alert registreras trycksår, fall och undernäring. Inom landstinget deltar 83 enheter¹. Sju enheter saknas ännu och av 37 vårdcentraler registrerar endast nio i Senior Alert. De senaste sex månaderna har 3 800 riskbedömningar registrerats och vid identifierad risk har ca 90 procent av patienter med risk fått åtgärder insatta. Av samtliga landsting och regioner i Sverige ligger landstinget på en tredje plats. Målet är att enheterna använder resultaten från kvalitetsregistren i det systematiska förbyggande arbetet. Detta tyder på en stabil spridning av en metod, d v s riskbedömning som leder till evidensbaserade åtgärder sätts in.

Arbetet med att införa det nationella infektionsregistreringsverktyget för att kunna följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner har stått stilla under 2010. Arbetet kommer att fortsätta så snart förutsättningar ges.

Nu är det dags att ta nästa steg för att öka patientsäkerheten. Kraven på hälso- och sjukvården har både skärpts och blivit tydligare sedan den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011.

Landstinget fortsätter därför med den utökade nationella satsningen för

ökad patientsäkerhet som bl a innebär ökad medvetenhet om risker i vården samt betydelsen av att förbättra patientsäkerhetskulturen och öka patienternas medverkan i vården.

¹ Med enhet menas en vårdavdelning eller vårdcentral.

Granskning av patientnämndens ansvarsutövande 2009 (§ 56-10)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat patientnämndens ansvarsutövande under 2009. Granskningen har sammanfattats i en revisionsrapport.

Rapportens och revisorernas slutsats är att patientnämndens ansvarsutövande för 2009 i allt väsentligt skett på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen visar emellertid att:

- Kunskapen om patientnämndens roll och uppdrag i förhållande till annan verksamhet inom hälso- och sjukvård fortfarande kan utvecklas. Behov finns av att tydliggöra nuvarande ansvarsfördelning för framförallt uppföljningen av patientnämndsärenden.
- Nämnden bör tydliggöra sin redovisning av stödpersonsverksamheten.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

Patientnämnden för kontinuerligt dialog om sitt uppdrag genom såväl Patientsäkerhetsrådet som direkt med verksamheterna. Landstingsstyrelsen delar revisorernas uppfattning att denna dialog är viktig och gärna kan utvecklas ytterligare.

Stödpersonsverksamheten redovisas i årets rapport från patientnämnden mer utförligt än tidigare.

Åtgärd

För att ytterligare öka kunskapen om patientnämndens roll och uppdrag i förhållande till annan verksamhet inom hälso- och sjukvården genomfördes under 2010 en särskild informationsinsats till ledningsgrupper inom landstinget. Utredarna kontaktade alla divisioner under året. Enskilda verksamheter som exempelvis allmänkirurgi/urologi inom division Opererande specialiteter och delar av primärvården avstod från att träffa patientnämndens utredare.

Redovisningen av stödpersonsverksamheten fortsatte under året att ske mer utförligt än tidigare.

Kunskaperna inom kommunerna om patientnämndens verksamhet är ett ansvar för kommunernas ledningar. Landstinget kommer dock att initiera kontakter inom området.

Årsredovisning 2009 (§ 57-10)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets årsredovisning för 2009. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets årsredovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisnings- sed samt om räkenskaperna är rättvisande. Vidare ingår i uppdraget att be- döma den ekonomiska ställningen och efterlevnaden av balanskravet samt att resultatet i årsredovisningen är förenligt med de mål som fullmäktige beslu- tat om.

Revisorerna konstaterar att:

- Årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven enligt lagen om kom- munal redovisning och att rekommendationer, som Rådet för kommunal redovisning ger ut, följs. Att årsredovisningen i allt väsentligt redogör för utfallet av verksamheten, dess finansiering och den ekonomiska ställ- ningen.
- Landstinget uppnår två av de tre finansiella mål som fullmäktige beslutat om. De gör därför bedömningen att landstinget endast delvis uppnår god ekonomisk hushållning i det finansiella perspektivet. I beaktande av detta finner de det synnerligen viktigt att den ekonomiska styrningen stärks yt- terligare. Detta för att landstinget framgent, långsiktigt ska kunna konso- lidera ekonomin.
- Redovisningen av måluppfyllelse i det verksamhetsmässiga perspektivet visar på skiftande resultat men med en positiv trend. Bedömningen är dock att nivån på måluppfyllelsen inte motsvarar att verksamheten fullt ut kan sägas bedrivas i enlighet med fullmäktiges mål för god ekonomisk hushållning.
- Landstinget lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans (KL 8:5a-b). Bedömningen är dock att det justerade resultatet utifrån ba- lanskravsutredningen skall vara 37 mnkr lägre än vad landstingsstyrelsen uppger i årsredovisningen.
- Landstingets ekonomiska situation och utveckling bedöms vara svag. Särskilt angeläget är att bromsa kostnadsutvecklingen. Verksamhetens nettokostnad ökade med 2 procentenheter mer är skatteintäkterna och statsbidragen om effekten av skattehöjningen, 442 mnkr, exkluderas.
- Även om landstingets årsredovisning följer lagar, rekommendationer och god sed, finns områden som kan förbättras. De menar att landstingsstyrel- sen, som ett led i att utveckla den ekonomiska styrningen, till kommande år bör komplettera årsredovisningen med:
 - En samlad bild över om landstingsstyrelsen bedömer om landstinget uppnår en god ekonomisk hushållning i det verksamhetsmässiga och i det finansiella perspektivet.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingets skatteintäkter har påverkats negativt av nedgången i samhällse- konomin. För att stärka landstingets ekonomi höjdes utdebiteringen fr o m 2009 med 98 öre till 10,40. Skattehöjningen i sig räcker inte till för att lång-

siktigt få en ekonomi balans utan kostnadsreduceringar krävs i landstingets verksamhet.

Divisionernas ramar har i Landstingsplanen för 2010 reducerats och ett arbete pågår med att ta fram förslag till åtgärder. För att nå en ekonomi i balans krävs fortsatt arbete.

Landstinget delar inte revisorernas uppfattning att återställande av 2008 års nedskrivning av värdepapper ska räknas bort från balanskravet 2009.

I balanskravsutredningen i samband med bokslutet 2008 åberopades synnerliga skäl för nedskrivning av värdepapper med totalt 69 mnkr. Enligt propositionen till *God Ekonomisk hushållning i kommuner och landsting (prop. 2003/04:105)* så kan orealiserade förluster på värdepapper utgöra skäl för att inte återställa ett negativt resultat. Under 2009 har landstinget återfört 63 mnkr av 2008 års nedskrivning men av propositionen framgår inte att detta ska återföras i balanskravsutredningen. Revisorernas uppfattning är att återställandet av denna nedskrivning ska räknas bort från balanskravet. I balanskravsutredningen för 2009 har landstinget åberopat synnerliga skäl för avsättning av omstruktureringskostnader. Utöver avsättningen finns 32 mnkr i omstruktureringskostnader som tagits direkt mot resultaträkningen och dessa kostnader skulle i balanskravsutredningen kunna åberopas som synnerliga skäl. En omräkning enligt ovan skulle likväl visa på att landstinget uppfyller kommunallagens krav på en ekonomi i balans.

Åtgärd

Se svar på Granskning av delårsrapport per augusti 2010 (§ 204-10).

Granskning av landstingets styrning av läkemedelsanvändningen (§ 99-10)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av förtroendevalda revisorer i Norrbottens läns landsting granskat landstingets styrning av läkemedelsanvändningen.

Granskningen syftade till att bedöma om landstinget arbetar på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt med att styra läkemedelsanvändningen inom områdena ledning och styrning, organisation och ansvar, mål och strategier, stöd till verksamhetscheferna, insatser för att bromsa kostnadsutvecklingen samt rapportering till styrelse/fullmäktige. Underlaget till rapportens innehåll och slutsatser är hämtat från intervjuer med tjänstemän inom landstinget.

Den sammantagna bedömningen utifrån rapporten är att styrningen av läkemedelsanvändningen är otillräcklig. Som grund för denna bedömning redovisas ett antal omdömen över läkemedelsarbetet i Norrbottens Läns landsting.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer.

Revisionsrapporten ger en bild av att styrningen av läkemedelsarbetet är bristfällig. Landstingsstyrelsen anser att styrningen förbättrats de senaste åren till att bli mer ändamålsenlig och effektiv. Styrningen kan dock förbättras ytterligare.

Fortsättningsvis redovisas revisorernas iakttagelser med kursiverad text och landstingsstyrelsens yttrande samt förslag till förbättringsåtgärder redovisas under varje påstående.

1. Ledning och styrning av verksamheten är otillräcklig då det finns brister i styrkedjan av läkemedelsanvändningen från beslut på ledningsnivå till det att den enskilde förskrivaren verkställer beslut.

Endast legitimerad läkare och i viss mån annan legitimerad sjukvårdspersonal har rätt att förskriva läkemedel enligt gällande lagstiftning. Beslut om vilka läkemedel patienten ska använda kan bara ske utifrån patient - läkar-konsultationen. Om enskilda förskrivares ordination av läkemedel skulle detaljstyras genom beslut på ledningsnivå skulle landstinget få stora patientsäkerhetsproblem. Ledningens styrning kan inte sträcka sig längre än att säkerställa att verksamheterna formulerar mål och handlingsplaner för läkemedelsanvändningen och följer upp arbetet. En organiserad process för detta påbörjades då landstingets läkemedelsstrateg anställdes och styrgrupp läkemedel påbörjade sitt arbete januari 2007. Denna process är under utveckling och behöver ytterligare förstärkas.

Revisorerna har rätt i att styrningen varit otillräcklig i så måtto att verksamheterna inte informerats tillräckligt om styrgrupp läkemedel, dess uppdrag och mandat. Beslut som tagits i styrgruppen har inte alltid nått ut i verksamheterna.

2. Ekonomistyrningen är inte ändamålsenlig

”Läkemedelskostnaderna för läkemedelsförmånen är inte påverkbara fullt ut” skriver revisorerna. För sjukvården kan sjukvårdsbehov och därmed kostnader inte alltid förutses i detalj. Därmed kan heller inte den ekonomiska styrningen bli hundra procentig.

Ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel medför lägre kostnader för läkemedel i öppen vård per invånare.

Landstinget decentraliserade kostnadsansvaret och införde skarp läkemedelsbudget för receptförskrivna primärvårdsläkemedel på vårdcentralnivå, fullt ut år 2005. Detta innebär att vårdcentralerna, i stor utsträckning, kan påverka sina egna läkemedelskostnader sedan flera år tillbaka.

Landstinget har en befolkningsbaserad modell för att fördela kostnadsansvaret för primärvårdsläkemedel. Under första decenniet på 2000-talet har landstinget även successivt ökat ansvaret för läkemedelskostnaderna för specialistsjukvården. Det har skett genom att kostnadsansvaret för ett antal läkemedel fördelats utifrån vilken verksamhet som initierar och följer upp läkemedelsförskrivningen. Läkemedelskostnaderna för receptförskrivna läkemedel, utöver primärvårdsläkemedel, styrs till läkemedelsförskrivarens verksamhet genom en fördelningsnyckel där fördelning av läkemedelskostnader och budget sker på respektive verksamhet, helt eller delvis.

Det finns nackdelar med detta system då kostnader inte alltid uppstår där ansvaret ligger, speciellt för nya läkemedel som ännu inte hunnit klassificeras i fördelningsnyckeln. Ett annat problem är att andra förskrivare kan ordinaera läkemedel till vårdcentralens patienter och därmed belasta vårdcentralens budget. Genom Vårdval Norrbotten kommer sannolikt detta problem att minska då patienten kommer att bli mer trogen den vårdcentral man listat sig till.

Landstingsstyrelsen anser att fördelarna med landstingets nuvarande fördelningssystem överväger nackdelarna. I ett förskrivarbaserat system är risken för övervältring av läkemedelskostnader mellan olika vårdgivare stor. Vid situationer med en ansträngd budget hos en vårdenhet finns risken att patienten skickas vidare till en annan enhet som då får förskriva och betala för läkemedlet.

3. Brister i organisation och ansvar

Kunskap om styrgrupp läkemedel's uppdrag och mandat har inte nått ut i verksamheterna i tillräcklig omfattning. Se svar under punkt 1. Organisationens förmåga att kommunicera, ta emot och omsätta beslut behöver förbättras. Se svar under punkt 5 och 8.

4. Läkemedelskommittén ska vara mer uppsökande och öka sin legitimitet mot slutenvården

Det har funnits viss oklarhet inom styrgrupp läkemedel och i verksamheterna om vilken roll läkemedelskommittén har och ska ha. Vissa har ansett att läkemedelskommittén även fortsättningsvis ska ha en både rådgivande och verkställande roll.

Landstingsstyrelsen anser att verksamheterna äger ansvaret för läkemedelsfrågorna och därmed läkemedelshanteringen. Det innebär att läkemedelskommittén är ett rådgivande som ska bistå verksamheterna och utgöra ett stöd när verksamheterna verkställer och följer upp beslut.

Styrgrupp läkemedel fattar de strategiska besluten på läkemedelsområdet och ser till att de verkställs med hjälp av befintlig organisation i respektive verksamhet. Läkemedelskommittén har en samordnande roll i att ta fram underlag till beslut och utgör inte en separat läkemedelsorganisation som ska åka runt i länet och övertyga verksamheterna om att följa besluten.

5. Bristande kommunikation av mål

Kommunikationen fungerar olika bra i olika verksamheter. Det är inte tillräckligt tydligt i verksamheterna vilka beslut som tagits och vem som kan besluta. Då organisationen och ansvaret förtydligas ytterligare för varje verksamhetsområde kommer även kommunikationen av läkemedelsbeslut och mål att förbättras.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att säkerställa att kommunikation och verkställande av beslut förbättras i verksamheterna.

6. Avsaknad av mål för slutenvården

De finns, sedan 2008, två mål för slutenvården med koppling till patientsäkerhet och kostnadseffektivitet. Målen handlar om införandet av ett säkrare system för läkemedelsförvaring samt kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Ytterligare mål är under utveckling i dialog med divisionernas läkemedelsgrupper. Se svar under punkt 7 och 8.

7. Avsaknad av läkemedelstrategi

Landstingsstyrelsen konstaterar att styrgrupp läkemedel inte alltid har haft en helt tydlig roll gentemot verksamheterna i läkemedelsfrågor. Därför har styrgruppen inte alltid lyckats kommunicera ut de strategier som upprättats. Ett åtgärdsprogram för besparingar har förts ut brett i organisationen, med konkreta mått och mål för en kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning.

En strategi för läkemedelsområdet, inklusive mål och mått, är under framtagande och kommer att fastställas inom kort.

8. Otillräckligt stöd till verksamhetscheferna

Sedan 2008 finns stödverktyg för verksamheternas uppföljning tillgängliga på läkemedelskommitténs uppföljningsportal och även på divisionernas egna portaler. Stödverktygen på läkemedelskommitténs hemsida, utöver uppföljningsportalen, är bland annat: rekommendationslistan, bassortimentet, hanteringsordningar, slutenvårdsupphandlingen m.m. Det finns även via datalagret möjlighet att följa enskild förskrivares läkemedelsförskrivning kopplat till uppsatta mål.

Landstingsstyrelsen bedömer att verksamhetscheferna genom detta har tillgång till tillräckliga stödverktyg för att effektivt ansvara för läkemedelsarbetet. Styrelsen bedömer att revisorernas iakttagelser beror på andra brister i organisationen som medför att verksamhetscheferna upplever otillräckligt stöd. Enligt styrelsens mening kan det handla om brist på tid för att hämta in, ta till sig och förmedla information och riktlinjer. Detta kan åtgärdas genom att säkerställa att verksamhetschefer och läkemedelsförskrivare har avsatt regelbunden tid för producentobunden information och utbildning i läkemedelsfrågor.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att säkerställa att kommunikation och verkställande av beslut förbättras i verksamheterna samt att läkemedelsfrågorna får en högre prioritet i verksamhetsarbetet.

9. Otillräckliga åtgärder för att bromsa kostnadsutvecklingen

Landstingsstyrelsen konstaterar att under 2009 så ökade den totala läkemedelskostnaden endast med 0,6 procent i landstinget jämfört med föregående år. Motsvarande ökning för riket var 2 procent. Denna positiva trend kan delvis tillskrivas en förbättrad effektivitet i läkemedelsanvändningen till följd av en ökad kostnadsmedvetenhet hos förskrivarna.

Analyseras kostnaden för receptförskrivna läkemedel, den s.k. läkemedelsförmånen, minskade länets kostnader med 2,1 procent under 2009. Utifrån den behovsmodell som används för fördelning av statsbidraget för läkemedelsförmånen, har Norrbotten det högsta statsbidraget per innevånare i landet. Det innebär att befolkningsstrukturen medför att läkemedlen ska kosta mer i Norrbotten än i övriga län. Under det första decenniet av 2000-talet har Norrbotten minskat sina läkemedelsförmånskostnader betydligt mer än andra län. Länets kostnader per innevånare är lägre jämfört med många andra landsting.

Landstinget har vidtagit och vidtar åtgärder för att öka kostnadseffektivitet och patientsäkerhet i läkemedelsbehandling och läkemedelshantering. Utvecklingen går åt rätt håll och kritiken om otillräckliga åtgärder är, enligt styrelsens mening, inte befogad.

Landstingsstyrelsen vill slutligen peka på den patientsäkerhetsrisk som uppstår om man ensidigt arbetar för att sänka kostnaderna i sjukvården utan medicinska hänsynstaganden. Att sänka läkemedelskostnader får aldrig medföra att en patient inte får det läkemedel han/hon behöver.

Sammanfattning

Landstingsstyrelsen tar till sig revisorernas synpunkter men delar inte bedömningen att styrningen av läkemedelsanvändningen är otillräcklig. Styrelsens uppfattning är en annan, nämligen att styrningen i allt väsentligt är ändamålsenlig och effektiv men att den kan förbättras ytterligare genom att läkemedelsfrågorna ges en högre prioritet i verksamheterna.

De uppdrag som landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören syftar till att uppnå en förbättrad kommunikation och verkställande av beslut inom läkemedelsområdet.

Åtgärd

Nedanstående åtgärder beskriver den utveckling som skett i landstinget, inom området ledning och strategisk styrning i läkemedelsfrågor.

Organisation, kommunikation och styrning från och med 2010

Det medicinska arbetsutskottet (Med-AU) har påbörjat sitt arbete. Med-AU bereder beslut som därefter tas i Styrgrupp Läkemedel. Med-AU består av läkare med läkemedelsansvar för respektive division, läkemedelsstrateg, läkemedelsanalytiker och ekonom. Läkarna i Med-AU kommunicerar läkemedelsfrågor till verksamheterna, men lyfter även in frågor från verksamheterna till Med-AU och styrgruppen.

Läkemedelskommitténs kansli ingår sedan 1 mars 2011 i landstingets nyinrättade utvecklingsenhet. Utvecklingsenhetens uppdrag är att, via en landstingsövergripande struktur för förbättringsarbetet, stödja de sjukvårdande verksamheterna genom systematiserat införande av ny kunskap. Patientsäkerhet och verksamhetsutveckling är två viktiga områden. En utvecklingsenhet med ansvar även för läkemedelsarbetet ökar förutsättningarna för en utvecklad kommunikation i behandlings- och läkemedelsfrågor samt en utökad samverkan med verksamheternas förbättringsarbete.

Under 2012–2013 avser landstinget att sköta en större del av de strategiska delarna av läkemedelsförsörjningen i egen regi. I nuläget diskuteras, inom Styrgrupp Läkemedel, inrättandet av en förstärkt organisation för det strategiska läkemedelsarbetet inom områdena läkemedelsförsörjning, läkemedelshantering och läkemedelsanvändning.

Under 2010 bildade de fyra läkemedelskommittéernas ordföranden samt läkemedelsstrateger Norrlandstingens regionala läkemedelsråd. Syftet med läkemedelsrådet är utökad samverkan i utbildnings-, rekommendations- och uppföljningsfrågor samt att dra nytta av varandras idéer. En av målsättningarna med läkemedelsrådet är att tillsammans med de regionala chefsråden åstadkomma en bättre styrning och kontroll över läkemedelsanvändningen regionalt. Inom rådet tas regionala aspekter upp på bl a upphandling, läkemedelsval, forskning, utbildning, introduktion av nya läkemedel samt utvärdering av behandlingsnytta.

Kostnadsutveckling 2009–2011

Länsinnevånarnas läkemedelsanvändning ökar i volym varje år med 2–4 procentenheter, mätt i definerade dygnsdoser. Trots volymökning ökade landstingets totala läkemedelskostnad endast med 0,2 procent under 2009 jämfört med 2008, vilket var en lägre ökning än i många andra landsting. Ett intensivare uppföljningsarbete i verksamheterna kombinerat med minskad global produktion av ett dyrt läkemedel mot Gauchers sjukdom ut-

gjorde orsakerna till minskningen.

Under 2010 har mål- och uppföljningsarbetet i verksamheterna medfört kostnadsminskningar på läkemedel på flera terapiområden både inom öppen- och slutenvård. Dock ökade de totala kostnaderna med 3,6 procent jämfört med 2009, där den största ökningen i absoluta tal noterades på öppenvårdsläkemedel. Kostnaderna i öppenvård steg mer än i övriga riket, främst p.g.a. ökad användning av läkemedel med högt pris per volym inom några enskilda behandlingsområden såsom nervsystemets och immunsystemets sjukdomar.

För slutenvården brukar kostnadsökningstakten för rekvisitionsläkemedel och läkemedelsnära produkter vara ungefär 10 procent varje år. Detta är en effekt av årliga volymökningar kombinerat med hög introduktionstakt sedan flera år av nya dyra läkemedel inom bl a onkologin och immunsystemets sjukdomar. En ökning på 7,8 procent noterades för 2010 jämfört med 2009, främst p.g.a. att ett antal nya dyra rekvisitionsläkemedel kommit till användning under året. Ökningen hade blivit ännu större om inte ett systematiskt arbete med sortimentsstyrning på sjukhusen bromsade kostnadsökningen under året. En beskrivning av detta arbete, inklusive mål och mått, finns på uppföljningsportalen på läkemedelskommitténs hemsida.

År 2011 har läkemedelskostnaderna hittills stigit kraftigt under årets första månader, framförallt inom läkemedelsförmånen där den ackumulerade kostnadsökningen är 11 procent i februari. Orsaken är ökad användning av läkemedel med mycket högt volympris, huvudsakligen läkemedel mot Gauchers sjukdom och blödarsjuka.

Läkemedelsstrategi

De organisationsförändringar som genomförts och de mål och mått som fastställts inom läkemedelsområdet sedan 2007 är under beskrivning i en läkemedelsstrategi för landstinget. Läkemedelsstrategin kommer också att beskriva inriktningen för det framtida läkemedelsarbetet inom strategiska fokusområden som exempelvis läkemedelsförsörjning och läkemedelsanvändning. Landstingets läkemedelsstrategi kommer att utgöra underlag för sjukvårdens verksamhetsplanering och blir en lokal anpassning av den nationella läkemedelsstrategin som i dagsläget är under bearbetning. Huvud dragen i landstingets läkemedelsstrategi kan sammanfattas i de två övergripande mål för landstingets läkemedelsarbete som fastställdes redan 2007:

- Läkemedlen som används i länet ska vara medicinskt ändamålsenliga, och användningen skall grundas på evidens och beprövad erfarenhet.
- Sjukvårdens läkemedelsförsörjning och läkemedelshantering ska vara säkra, kostnadseffektiv, jämlik och miljöanpassad.

Läkemedelsstrategin planeras att fastställas i sin helhet under hösten 2011.

Säkerhets- och arbetsmiljöarbetet med inriktning mot hot och våld i verksamheterna (§ 100-10)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets säkerhets- och arbetsmiljöarbete med inriktning mot hot och våld mot personalen. Den övergripande revisionsfrågan för granskningen har varit om lands-

tinget har ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för sitt säkerhetsarbete avseende området hot och våld.

Komrev har funnit att landstingsövergripande och dokumenterade riktlinjer och rutiner finns som ger en god grund för det förebyggande arbetet med sikte på eventuella situationer med hot och våld. Rutinerna fastställer hur man ska ta hand om personal som utsatts för hot och våld.

I samband med granskningen har konstaterats att:

- Strukturerade och systematiska riskbedömningar inte görs i tillräcklig utsträckning.
- Lokala handlingsplaner inte upprättas och kommuniceras med personalen i tillräcklig omfattning.
- Placering och rutiner för användande av larm bör ses över.
- Personalen inte registrerar/rapporterar inträffade incidenter i tillräcklig omfattning.
- Dialog och återkoppling avseende hot och våld till drabbad personal och medarbetare inte sker i tillräcklig utsträckning.
- Rapportering till landstingsstyrelsen avseende det specifika säkerhetsområdet hot och våld inte sker.

I revisorernas rapport uppmanas landstingsstyrelsen att vidta åtgärder för att säkerställa en säker och trygg arbetsplats.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen delar Komrevs/revisorernas uppfattning att händelser med hot och våld ökar i landstinget, liksom i samhället i övrigt. Att komma tillrätta med orsakerna till detta är en prioriterad fråga för samhället. Styrelsen delar också uppfattningen att inträffade händelser och incidenter inte rapporteras i tillräcklig omfattning. Sannolikt finns ett stort mörkertal när det gäller denna typ av händelser.

Landstinget har regler och riktlinjer för hur säkerhets- och arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Arbetet pågår att uppdatera och förtydliga regelverket kring säkerhets- och arbetsmiljöområdet. I detta arbete ingår även att se över rutiner för rapportering av inträffade händelser och incidenter. Landstinget har inlett ett samarbete med polisen för att bedöma omfattningen av och öka kunskapen om inträffade händelser och incidenter inom landstingets verksamheter. Landstinget har även inrättat ett skyddsråd där representanter för säkerhet, personal, ekonomi och verksamhet möts för att diskutera och hantera säkerhetshändelser.

Regelverket för säkerhets- och arbetsmiljöområdet tydliggör chefens ansvar och skyldighet att göra riskbedömningar och informera medarbetare om rutiner för rapportering av händelser och incidenter. Under hösten kommer utbildning på temat hot och våld att genomföras. Detta tema ska ingå i landstingets arbetsmiljöutbildning för chefer.

För att det systematiska säkerhets- och arbetsmiljöarbetet ska kunna bli framgångsrikt måste benägenheten öka hos enskilda att rapportera händelser vid vilka man blir utsatt för hot och våld. En konsekvent rapportering är helt

nödvändig och den enskilt största framgångsfaktorn för att landstinget ska ha möjlighet att utreda och stävja hot och våld på arbetsplatserna. Under de kommande åren är inriktningen att landstinget avser att införa ett IT-stöd som möjliggör systematisk rapportering och hantering av händelser inom säkerhets- och arbetsmiljöområdet.

Styrelsen kan, mot bakgrund av revisorernas iakttagelser, upplysa om att det fasta larmets placering vid akutmottagningen i Gällivare är åtgärdat.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att sprida information om gällande riktlinjer samt att säkerställa att handlingsplaner för att förebygga förekomsten av hot och våld tas fram. Landstingsdirektören ska även säkerställa att pågående arbete för att förbättra rutinerna för rapportering och uppföljning av säkerhets- och arbetsmiljöarbetet fullföljs.

Åtgärd

Ett omfattande förbättringsarbete är påbörjat avseende landstingets riktlinjer för säkerhet. En översyn av mål är genomförd och ett antal aktiviteter är planerade. Bl a rapporteras nu landstingets säkerhetsläge på ledningsgruppens sammanträden.

Exempel på pågående och genomförda aktiviteter inom området Allmän säkerhet:

- Information/utbildning om hantering av hot- och våldsituationer har lämnats till chefer.
- Information om läkemedelsmissbruk har lämnats i samarbete med polisen.
- Ett landstingsgemensamt skyddsråd har etablerats för hantering av frågor inom allmän säkerhet.
- Åtgärder är initierade för att ta fram landstingsgemensamma riktlinjer för förebyggande av hot och våld.
- En landstingsgemensam rutin för polisanmälan är under framtagande i samarbete med polis.
- Landstinget har anställt projektledare på ett år för att införa landstingsgemensamt händelserapporteringssystem för säkerhetsrelaterade händelser.

Planerade aktiviteter

Nedan följer ett urval av aktiviteter som är planerade att genomföras:

- Uppföljning av rapporterade tillbud och negativa händelser.
- Uppföljning av hur stor andel av första linjens chefer som fått särskild säkerhetsutbildning.
- Uppföljning av hur stor andel av inlämnade polisanmälningar som säkerhetssektionen tagit del av. Målet är lägst 50 procent innan anmälningarna lämnas till polisen.
- Uppföljning av andelen betalningar med betalkort i landstingets kassor. Målet är 50 procent.
- Närmare samarbete mellan landstinget och polisen i strategiska frågor.

Prioriterade områden 2011–2013 inom Allmän säkerhet

- Påbörja införandet av en landstingsgemensam avvikelseprocess.
- Utveckla landstingets förmåga att hantera våld och hot vid våra verksamheter.
- Utveckla landstingets förmåga vad avser internutredning, risk- och händelseanalys.

Landstingsanställdas bisysslor (§ 101-10)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Norrbottens läns landsting granskat de anställdas bisysslor.

Revisionsmetod och avgränsning:

- 1 Gällande lagar, landstingets regelverk och rutinbeskrivningar och annan därtill hörande dokumentation.
- 2 Kartläggning/granskning av personal med engagemang i bolag
- 3 Granskning av om köp av varor och tjänster från ”bisysle-bolag” förekommer samt även om inhyrning av landstingets egen personal från bemanningsföretag förekommer.
- 4 Kompletterande verifiering av tillämpning, uppföljning och kontroll av bisysslor.

Komrev konstaterar i sina slutsatser att det finns stora diskrepanser mellan de uppgifter som inkommit från landstingets totala sammanställning av anställdas bisysslor 2009 och de uppgifter som bolagsverket levererat. Granskningen påvisar att det finns tydliga rutiner och instruktioner om hur bisysslor ska handläggas men att dessa rutiner inte följs fullt ut, eftersom det enligt granskningen, finns ett stort antal bisysslor som inte är anmälda.

Vidare konstaterar revisorerna att landstinget köper varor och tjänster från företag där anställda har engagemang. Enligt granskningen är majoriteten av dessa uppdrag inte anmälda till landstinget.

Revisorerna konstaterar också att all upphandling inom Norrbottens läns landsting ”ska ske inom division Service”.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentar:

I landstingets regler om bisysslor anges att anställda alltid ska informera närmaste chef om bisysslor och frågan ska alltid aktualiseras vid de årliga medarbetarsamtalen. En anställds bisyssla får inte vara förtroendeskadlig, arbetshindrande eller konkurrerande och närmaste chef ska bedöma om bisysslan är tillåten. Uppgifter om samtliga förekommande bisysslor ska varje år via divisionscheferna redovisas till landstingsdirektören.

I det underlag som revisorerna hämtat från Bolagsverket kan det finnas anställda som är registrerade men inte är aktiva, eller vars verksamhet inte kan anses vara bisyssla enligt landstingets regler. Eftersom materialet inte funnits tillgängligt har det så här långt inte varit möjligt att analysera omfattningen

av hur många av dessa registreringar som för landstinget kan betraktas som förtroendskadlig, arbetshindrande eller konkurrerande verksamhet.

För att ytterligare säkerställa att landstingets regler och rutiner om bisysslor följs ger landstingsstyrelsen följande uppdrag till landstingsdirektören:

- Ytterligare medvetandegöra och ställa ännu tydligare krav på divisionscheferna att följa de regler, rutiner och instruktioner som gäller avseende bisysslor.
- Göra riktade och fördjupade uppföljningar av att landstingets regelverk om bisysslor efterlevs av chefer och medarbetare i syfte att stärka internkontrollen av att regelverk och interna instruktioner följs.
- Särskilt följa upp att avrop av läkartjänster följer fastställda regler och rutiner.
- Återrapportering till landstingsstyrelsen sker när den samlade uppföljningen av revisionsrapporter redovisas.

Åtgärd

Med syftet att inventera och stärka den interna kontrollen avseende bisysslor, har landstingsdirektören vid två tillfällen under år 2010 (mars och oktober månad) begärt att divisionscheferna ska redovisa förekomst av bisysslor. Vid den andra redovisningen i oktober månad rapporterade divisionerna en detaljerad förteckning över vilka bisysslor som specifikt är arbetshindrande, konkurrerande respektive förtroendskadliga, dessutom vilka av dessa som är godkända respektive underkända. Utdrag om inkomna beslut om bisysslor har också begärts från registraturen.

Därutöver har diskussioner och möten genomförts med divisionschefer och personalchefer med syftet att tydliggöra regelverket. En genomgång av nuvarande regelverk har även vidtagits.

När det gäller avrop av bl a läkartjänster pågår det en förstudie i syfte att göra en kartläggning över nuläget vad gäller upphandling, beställningar och fakturering. Det finns också planer på att införa elektronisk handel som innefattar elektroniskt beställningssystem och automatisk fakturahantering för att underlätta beställningar och få en effektivare kontroll.

Med anledning av revisionsrapporten om landstingets upphandlingsverksamhet (§ 205-10) har landstingsdirektören fått i uppdrag att se över rutinerna för den interna kontrollen och återkomma med förslag.

Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter – tonvikt på förbrukningsmaterial (§ 137-10)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på revisorernas uppdrag granskat hur landstinget kvalitetssäkrar medicintekniska produkter, MTP, som är förbrukningsmaterial. Många av dessa produkter är sådana som inte omedelbart associeras till medicinsk teknik. Exempel; sprutor, kanyler för infusionsaggregat, pumpar för läkemedelstillförsel, material för rensugning av luftvägar, urinkatetrar och sonder för t ex sondmatning. Alla dessa ska hanteras enligt leverantörens anvisningar för att inte medföra fara för patientsäkerheten.

Övergripande revisionsfrågor är:

- Ärende ansvarsförhållandena kända för användning och hantering av MTP som är förbrukningsmaterial?
- Har landstinget ändamålsenlig och säker användning och hantering av MTP som är förbrukningsmaterial?
- Finns tillräcklig internkontroll inom området?

Delfrågor:

- Finns tillfredsställande rutiner inom klinisk verksamhet, inköpsenheten samt MT-enheten för användning, hantering och lagerhållning av MTP som är förbruknings/engångsmaterial?
- Är landstingets inköps/anskaffningsprocess ändamålsenlig för MTP som är förbruknings/engångsmaterial?
- Finns ändamålsenligt informationssystem för spårbarhet av MTP som är förbruknings/engångsmaterial?
- Finns tydliga och dokumenterade rutiner för felanmälan och avvikelshantering av MTP som är förbruknings/engångsmaterial?
- Fungerar i förekommande fall introduktion och utbildning av personal vid nya typer av MTP som är förbruknings/engångsmaterial?

I den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet är ett fokusområde att förebygga vårdrelaterade infektioner. Därför har revisorerna också fokuserat på urinvägskatetrar, centrala venkatetrar och postoperativa sårinfektioner.

Revisorernas sammanfattande bedömning är att vårdgivaren har ett ändamålsenligt och strukturerat ledningssystem för användning och hantering av MTP. Revisorerna menar att systemet är unikt i sitt slag och ett föredöme i Sverige.

Revisorerna fann vid granskningen att inte alla divisionschefer uppdragit åt sina verksamhetschefer att ansvara för användning och hantering av MTP. Revisorerna menar att många av bristerna som identifierats kan avhjälpas när ansvarsförhållandena är kända och förstådda. I och med detta ökar också följsamhet till rutiner, anvisningar och generella riktlinjer för t ex avvikelshanteringsprocessen.

Vid internkontroll juni 2010 visar det sig att i stort sett alla divisionschefer förtecknat ansvariga verksamhetschefer inom sina respektive verksamheter.

Det finns goda exempel på t ex MTP-samordnare inom vissa verksamheter. Dessa är inte formellt utsedda och revisorerna menar att vårdgivaren bör verka för att införa rutiner för att formellt utse medarbetare för dessa och liknande uppgifter.

De granskade vårdenheterna har ändamålsenlig och säker användning av MTP som är förbruknings/engångsmaterial och godkänd internkontroll.

Däremot menar revisorerna att möjlighet till spårbarhet av förbruknings/engångsmaterial där leverantörer signalerar om systematiska fel måste utvecklas.

När det gäller upphandling och beställning av MTP som är förbruknings/engångsmaterial anser revisorerna att divisionerna på ett mer strukturerat sätt bör verka för att medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet ges möjlighet att delta i upphandlingsprocesserna. Vid internkontrollen juni

2010 framkommer att de flesta divisioner är medvetna om betydelsen av att vara aktiva vid upphandling.

Revisorerna fann att det inom vårdenheterna fanns förhållandevis bra rutiner för hantering och användning MTP som är förbruknings/engångsmaterial. De identifierade en patientsäkerhetsrisk som handlar om att det förekommer att verksamhet ibland använder engångsprodukter flera gånger på en och samma patient. Detta strider mot leverantörernas anvisningar och rutiner i Vårdhandboken som bygger på god och säker vård.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentar

I likhet med revisorerna konstaterar landstingsstyrelsen att landstinget har ett ändamålsenligt och strukturerat ledningssystem för användning och hantering av medicintekniska produkter och tjänster. Styrelsen anser trots detta att revisorernas granskning och redovisade synpunkter har stor betydelse för det fortsatta förbättringsarbetet med fokus på en patientsäker vård.

Landstingsdirektören ges i uppdrag att säkerställa att alla divisionschefer, senast vid utgången av år 2010, inom divisionens alla berörda verksamheter har förtecknat ansvariga verksamhetschefer i enlighet med ledningssystemet *"Kvalitetshandbok för Kvalitetshandbok för medicintekniska produkter och anslutna informationssystem"*

Verksamheternas fortsatta förbättringsarbete med att kvalitetssäkra användning och hantering av MTP som är förbrukningsmaterial bör fokusera på att

- Utveckla bättre möjlighet till spårbarhet av förbruknings/engångsmaterial när leverantörer signalerar om systematiska fel.
- Tydliggöra att förbrukningsmaterial/engångsprodukter inte får/ska användas flera gånger på en och samma patient då detta strider mot leverantörernas anvisningar och rutiner i landstingets vårdhandbok.
- Ökad aktiv medverkan och delaktighet i upphandlingar av MTP.

Åtgärd

Länsteknik hanterar inte engångsprodukter/förbrukningsmaterial som är MTP.

Information rörande tillbehör till MTP hanteras av Länsteknik och sparas med spårbarhet till utrustningen i verksamhetsstödet Medusa.

Ansvar enligt ledningssystemet för medicinteknisk utrustning, enligt uppdrag för Länsteknik är tecknat.

Ansvar enligt ledningssystemet för anslutna informationssystem, enligt uppdrag för Länsteknik är under bearbetning och ska tecknas under första halvåret 2011.

Remissgarantin (§ 138-10)

Ärendebeskrivning

På uppdrag av revisorerna inom Norrbottens läns landsting har Komrev inom PricewaterhouseCoopers granskat om landstingets interna kontroll avseende remissgarantin är tillräcklig ur ett övergripande perspektiv. Remisser

till och från region- och rikssjukvården och privata aktörer har inte ingått i granskningen.

En specifik remissgaranti har ingått i landstingsplanen sedan år 1998 och från år 2000 återfinns garantin i landstingets gemensamma regler.

Remissgarantin i landstinget innebär följande:

- När remiss till specialistläkare bedöms nödvändig ska remitterande enhet inom fem dagar ha skickat remissen, räknat från tidpunkten för kontakten då beslut om remiss fattades.
- Alla patienter som remitterats från t ex en läkare till en annan ska inom en vecka från det att remissen mottagits, få besked om tidpunkt för besöket eller behandlingen. Samtidigt ska remitterande läkare få en remissbekräftelse.
- Inom en vecka efter det att patienten gjort sitt besök ska remitterande läkare få remissvar.
- Om specialistfunktion av olika skäl inte finns att tillgå på remissmottagande enhet har denna ansvaret att remittera patienten vidare till annan vårdinrättning.

Slutsatser

Revisorerna konstaterar att flertalet av de utvecklingsområden som uppmärksammades i samband med revisorernas granskning av remisshanteringen år 2002 fortfarande återstår.

Revisorerna drar slutsatsen att kännedomen och tillämpningen av riktlinjer och rutiner samt uppföljningen av desamma inte är tillräcklig och riktar särskilt kritik mot följande:

- Att cirka åtta procent av remisserna inte lever upp till remissgarantin, en försenad remisshantering kan leda till en försenad medicinsk bedömning och möjligheter till fortsatta åtgärder.
- Brister i remissbevakningen.
- Landstinget genomför inte några uppföljningar av remissgarantin.
- Uppföljningsmöjligheterna via nuvarande system (VAS) är mycket begränsade.

Beslut

Revisionsrapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Landstingsstyrelsen vill lyfta fram att intentionerna med införandet av en remissgaranti i landstinget år 1998 var goda. Syftet var att tillförsäkra patienterna en god tillgänglighet.

Sedan år 2005 omfattas dock landstinget av den nationella vårdgarantin som reglerar hur länge patienten som längst ska behöva vänta (0-7-90-90). Vårdgarantin gäller för alla patienter och till skillnad från remissgarantin omfattar den hela vårdförloppet. Från 1 juli 2010 har vårdgarantin reglerats i lag. Tidsgränserna i vårdgarantin minskar utrymmet för tidsglapp i vårdkedjan och kraven på en effektiv remisshantering ökar. Detta har bl a inneburit att tidskraven i remisshanteringen har skärpts och är idag betydligt skarpare än vad som anges i regelverket kring remissgarantin. Mer om detta går att läsa i

landstingets gemensamma riktlinjer/tillämpningsanvisningar kring vårdgaranti, valfrihet och second opinion som alla verksamheter är skyldiga att följa.

Landstingsstyrelsen konstaterar att remissgarantin spelat ut sin roll i och med vårdgarantins ikraftträdande. Därför bör remissgarantin utmönstras ur regelverket vilket styrelsen avser att föreslå i samband med revidering av regelverket från och med 1 januari 2011. Anledningarna till detta är flera:

- Vårdgarantin säkerställer tillgängligheten och sett ur ett patientperspektiv innebär vårdgarantin ännu kortade tidsgränser än remissgarantin. Exempelvis framgår det i landstingets riktlinjer för vårdgaranti att remitterande enhet ska skicka remiss *samma dag* som beslut om remiss fattas.
- Vårdgarantins tidsgränser omfattar hela vårdförloppet, från första kontakt med primärvården till behandling i slutenvård (0-7-90-90). Varje punkt är väsentlig ur patientens perspektiv. För att nå dessa krävs rutiner och uppföljning av en rad verksamhetsspecifika ”delmål” där hantering av remisser endast är en av flera delar.
- Remissgarantin överensstämmer inte med ett modernt arbetssätt där patienten själv väljer och bokar sin tid. I dessa fall är det inte möjligt för en mottagning att lämna besked om tidpunkt för besök/behandling inom en vecka som remissgarantin föreskriver. Det är patienten själv som väljer när han/hon vill boka tid.
- Själva begreppet ”remissgaranti” riskerar att skapa en begreppsförvirring kring tillgängligheten både bland medarbetare och patienter. Vårdgarantin är däremot nationell och har enhetliga definitioner.

En kontinuerlig remissbevakning är en förutsättning för att kunna leva upp till vårdgarantin. Landstingsstyrelsen konstaterar att det i och med vårdgarantins införande och de krav som denna ställer på landstingets verksamheter, ligger i vårdens eget intresse att själva och så snabbt som möjligt lösa de eventuella problem som kan uppstå i kedjan (ofullständiga remisser, remisser som blir liggande etc), allt för att kunna leverera säker vård inom vårdgarantins tidsgränser. Varje verksamhet är därför skyldig att ha fungerande riktlinjer och rutiner för hur detta ska hanteras. För att motverka att ofullständiga remisser skickas/tas emot pågår det ständigt ett förbättringsarbete med att ta fram nya handlingsöverenskommelser (HÖKar) och remissöverenskommelser (RÖKar), allt för att patienten ska få rätt vård i rätt tid.

Revisorerna framför kritik mot bristande uppföljning av remissgarantin samt bristande uppföljningsmöjligheter. En regelbunden uppföljning av vårdgarantin sker både på landstings-, divisions- och verksamhetsnivå. Styrelsen konstaterar vidare att det pågår ett omfattande utvecklingsarbete av den nationella sk flödesmodellen. Flödesmodellen är en nationell modell för att följa flöden i vårdprocessen enligt förutbestämda mätpunkter. Dessa är datum för händelser i vårdprocessen och utifrån dessa mäter man ledtider ur ett patientperspektiv, men även ur ett verksamhetsperspektiv. Det innebär att samtliga verksamheter i landstinget kommer att kunna följa hela vårdepisoden från start till avslut oavsett på vilken klinik/vårdcentral aktiviteter skett. När denna till fullo har införts i landstingets vårdadministrativa system VAS+, kommer det att vara möjligt att följa patientens hela väg i vårdprocessen. Detta möjliggör en ännu skarpare verksamhetsuppföljning där pati-

entens väg genom vården kan följas under hela vårdförloppet och på alla kliniker.

Åtgärd

Remissgarantin har utmönstrats från landstingets regelverk fr o m januari 2011 i enlighet med landstingsstyrelsens tidigare förslag.
--

Landstingets strategiska personalförsörjning (§ 139-10)

Ärendebeskrivning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har granskat om landstingets strategiska personalförsörjning bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, och konstaterar att uppföljning och rapportering avseende personalförsörjningsarbetet är tillräcklig. Dock bedömer revisorerna att det strategiska personalförsörjningsarbete inte fullt ut bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och att följande områden bör förbättras:

- Landstingets övergripande ambitionsnivå framgår tydligt via befintliga styrdokument, men kopplingen till de mer verksamhetsnära aktiviteterna och åtgärderna kan tydliggöras och utvecklas ytterligare.
- Det huvudsakliga underlaget för landstingets framtida personalbehov bygger uteslutande på pensionsavgångar. Landstinget måste i större utsträckning beakta och synliggöra hur övriga faktorer som demografi, konkurrens, struktur-/organisationsförändringar, medicinsk och teknisk utveckling påverkar landstingets framtida personalförsörjning, vilket bör ingå i den uppföljning som görs och återrapporteras.
- Landstingets gemensamma personalenhet samt personalfunktionerna inom respektive division arbetar huvudsakligen utifrån ett stödjande perspektiv. Förväntningarna ute i verksamheten är att framför allt personalenheten ska ha en mer styrande inriktning i sitt arbete. Ansvar för styrningen och kontrollen av det strategiska personalförsörjningsarbetet är inte tillräckligt tydligt eller förankrat inom landstinget.

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Kompetensförsörjning är en process i organisationen för att fortlöpande säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig för att nå verksamhetens mål. Denna kompetens kan antingen rekryteras externt eller utbildas/utvecklas bland redan anställd personal. Landstinget är även en stor aktör som utbildningsanordnare för både grund- och specialistutbildning.

Personalenheten har ett funktionsansvar som strategisk enhet för landstingets samlade personalarbete. I detta uppdrag ingår bl a att arbeta fram och utveckla övergripande riktlinjer och styrdokument som stöd för divisionernas arbete med kompetensförsörjning. En väsentlig uppgift är också uppföljning.

Den strategiska kompetensförsörjningen är för närvarande under översyn vid personalenheten och har identifierats som en huvudprocess inom enheten, till vilken övriga processer inom personalområdet som t ex arbetsmiljö, arbetsrätt, lönebildning m fl, är stödprocesser. Stödprocessernas funktion är att säkra att huvudprocessen (strategisk kompetensförsörjning) fungerar ända-

målsenligt, liksom att se till att landstinget följer de lagar och avtal som reglerar förhållandet mellan arbetsgivaren och medarbetarna.

Arbete pågår kontinuerligt för att utveckla och förbättra dessa stödprocesser och därmed också stärka den strategiska kompetensförsörjningen.

För närvarande läggs mycket arbete på att samordna läkarförsörjningen inom landstinget, allt från den från Umeå universitet regionaliserade läkarutbildningen, till samordning av rekrytering, utveckling av AT- och ST-utbildningarna och ett utvecklat stöd till forskning. Även när det gäller samverkan med de övriga vårdutbildningarna och att förstärka dess verksamhetsförlagda utbildningar, pågår ett intensivt arbete.

Även ledarskapets betydelse för den strategiska kompetensförsörjningen är ett område som prioriteras. Ambitiösa och genomarbetade utbildningsprogram genomförs kontinuerligt för att stärka ledarskapet inom landstinget och stödja landstingets chefer i arbetet och att bli goda ledare.

Det arbete som görs på arbetsmiljöområdet är också en viktig del i den strategiska kompetensförsörjningen, eftersom det handlar om den arbetsmiljö vi kan erbjuda våra nuvarande och blivande medarbetare. Där är de återkommande medarbetarundersökningarna av väsentlig betydelse.

Landstinget har god kontroll över de kommande årens pensionsavgångar. Planering av bl a rekrytering och utbildningsinsatser beaktar detta. Därvid beaktas också behovet av kompetensväxling, d v s eventuell annan kompetens än den nuvarande. Ett exempel på metod är folktandvården, som fastställt relationstal mellan tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor.

Divisionerna har egna personalfunktioner som finns direkt i linjen i respektive division, det är också därifrån det operativa personalarbetet utgår och divisionerna ansvarar själva för att med utgångspunkt från landstingsövergripande riktlinjer och styrdokument arbeta aktivt med den egna kompetensförsörjningen.

Landstingets chefer har delegerat ansvar att rekrytera personal och sköta den egna personalförsörjningen, vilket är en del i ordinarie verksamhet och inte något som står vid sidan om och sköts från annat håll. Kompetenskraven och rekryteringsbehoven är också föränderliga över tid. Kommunikationen mellan verksamheterna och de som svarar för den strategiska planeringen och kompetensförsörjningen bedöms dock fungera bra, liksom dialogen och planeringen mellan landstinget och berörda utbildningsanordnare.

Den sammantagna bedömningen är att landstinget arbetar aktivt med den strategiska kompetensförsörjningen, och att de synpunkter revisorerna anför är av vikt, men att det systematiska och pågående förbättringsarbete som redan sker kommer att leda till resultat i den riktning revisorerna efterfrågar.

Åtgärd

- Landstingets styrdokument 2011 har reviderats för att tydliggöra kompetensförsörjningsprocessen samt verksamheternas ansvar för utbildning av studenter
- Rekryteringsprocessen i landstinget har kartlagts och ett IT-stöd för rekryteringsprocessen införs under 2011, till stöd för cheferna i rekryteringsarbetet samt för de sökande.
- En controllerfunktion för personalområdet har införts för att förstärka

kompetensförsörjningsperspektivet i landstingets planeringsprocess.

- Landstingets chefs- och ledarutbildningar har förstärkts. Årliga chefs- och ledarskapsutbildningar ges för redan etablerade chefer. Ledarforum och öppna seminarier kompletterar de långa utvecklingsprogrammen med innehåll som ska ge kunskap för cheferna i sitt beslutsfattande och för att fungera än bättre i sitt ledarskap.
- För att stå starka och trygga det framtida behovet av chefer så bedrivs årliga ledarutvecklingsprogram där deltagarna efter avslutad utbildning läggs in i landstingets Chefsbank. En ny rekryteringsbas för framtida chefer är landstingets ST-läkare där en särskild satsning har gjorts med chefs- och ledarutbildning.
- Landstinget har byggt upp en återkommande medverkan i rekryteringsmässor riktade till skolelever på grundskole- och gymnasienivå. Regelbundna rekryteringsaktiviteter riktas även mot studenter på eftergymnasiala utbildningar, bl a läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeprogrammet.
- Informationsmaterial och annonser i samband med vårdrukesinformation och rekryteringar utformas för att vara intressant för både pojkar och flickor, män och kvinnor, samt människor med olika etnisk bakgrund och ålder.
- Samverkan med utbildningsgivarna har stärkts genom avtal, tydliga samverkansformer och stärkt organisation för utbildningsadministration.
- Sedan januari 2011 står ett nytt Utbildningscentrum vid Sunderby sjukhus klart och den från Umeå universitet regionaliserade läkarutbildningen har startat planenligt. Rekryteringen av studenter från Umeå går bra och vid den senaste ansökningsomgången var det överlägset flest sökande till Sunderby sjukhus av de tre regionaliseringsorterna. Vid Utbildningscentrum kommer förutom landstingets delar i den regionaliserade läkarutbildningen, även landstingsövergripande läkarförsörjningsfrågor att handläggas.
- För länets AT-läkare har tillskapats en länsorganisation som organisatoriskt ligger under division Diagnostik. Syftet med denna är att utveckla samordningen i AT-frågor och ha en tydligare organisation gentemot AT-läkarna då det gäller ledarskap, ansvar m m.
- ST-läkarna har fått nya och tydligare riktlinjer gällande tjänstgöringen och villkoren runt denna, samtidigt som en funktion som länsövergripande studierektor har inrättats kopplat till personalenheten. Syftet är att stödja befintliga studierektorer och att följa upp att landstinget lever upp till sitt ansvar som vårdgivare enligt Socialstyrelsens föreskrifter.
- För att säkra kvaliteten i den kliniska undervisningen av sjuksköterske-, specialistsjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeutstudenter har handledningsarbetet i landstingets verksamheter förstärkts med huvudhandledare och kliniska adjunkter.
- En forskarskola inom omårdnad och rehabilitering har startats i samverkan med Luleå Tekniska Universitet, för att säkra tillgången på forskarutbildade medarbetare inom landstinget samt lärare för Institutionen för hälsovetenskap.
- En studentenkät har utarbetats och ingår från 2011 i landstingets konti-

nuerliga uppföljning i syfte att kvalitetssäkra den kliniska utbildningen

- Strukturen för det systematiska arbetsmiljöarbetet har stärkts för att säkra en god arbetsmiljö och därmed landstinget som attraktiv arbetsgivare

Ett IT-stöd har införts för att stödja cheferna i rehabiliteringshandläggningen. Ett effektivt rehabiliteringsarbete är viktigt för bästa bevarande av den kompetens som finns i organisationen.

Granskning av delårsrapport per april 2010 (§ 170-10)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat delårsrapporten för perioden januari – augusti 2010. Syftet med granskningen är att bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål fullmäktige beslutat, om den upprättats i enlighet med lagstiftning och anvisningar från normerande organ samt om den ekonomiska styrningen med avseende på uppföljning, analys och rapportering av fullmäktige beslutade spardirektiv är tillräcklig.

Revisorerna konstaterar att:

- Delårsrapporten är upprättad i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed och att den såtillvida uppfyller syftet att ge fullmäktige möjlighet att använda den som ett underlag för styrning, ledning och kontroll av den samlade verksamheten.
- Såväl delårsrapporten som årsprognosen pekar på att tre av fem av fullmäktiges fastställda finansiella mål för god ekonomisk hushållning kommer att uppnås. De mål som inte uppnås är divisionernas målsatta ekonomiska resultat. Inte heller kommer spardirektivet för år 2010 att uppnås. Endast tre av nio divisioner förväntar sig att uppnå sina ekonomiska målsatta resultat och av spardirektivets totala 147 mkr beräknas 70 mkr uppnås.
- Beslutade sparåtgärder/-direktiv följer inte fastställda tidplaner. Landstingsstyrelsen har till fullmäktige kommenterat att behovet av kostnadsreduktioner framöver är betydande.
- Den ekonomiska styrningen med avseende på uppföljning, analys och rapportering av fullmäktiges beslutade spardirektiv kan vidareutvecklas:
 - Delårsrapporten bör kompletteras med en sammanställd redovisning av spardirektiv, utfall och analys.
 - Eftersom delårsrapporten delvis baseras på månadsrapporten bör den senare vidareutvecklas med avseende på analys och beskrivning av utfallet av sparåtgärder samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att fullmäktiges spardirektiv ska uppnås.
 - Målet om att landstinget skall ha en likviditetsreserv motsvarande lägst 10 procent av nettokostnaderna (ca 612 mnkr för 2009) kommer enligt prognosen att infrias under 2009.

Revisorerna bedömer att en vidareutveckling av månads- och delårsrapporten i dessa avseenden torde bidra till att dels höja informationsvärdet i de-

lårsrapporten, dels skulle en vidareutveckling av månadsrapporteringen också snabba upp signalsystemet till landstingsstyrelse och landstingsfullmäktige. Faktorer som således möjliggör en mer effektiv ekonomisk styrning.

Förslag till beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Vi kan konstatera att årsprognosen för 2010 pekar på att landstinget inte kommer att nå två av de fem finansiella mål för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, dvs målet att alla divisioner uppnår sina ekonomiska resultat samt att beslutade sparåtgärder genomförs. Fullmäktige har i budget 2010 minskat divisionernas ramar med 150 mkr, några detaljerade sparåtgärder har dock inte fullmäktige beslutat om. Inom organisationen fortsätter arbetet med anpassa verksamheten utifrån de minskade ramarna.

Vi kommer att se över möjligheterna till en utvecklad dialog kring konsekvenser och effekter av de minskade ramarna i syfte att intensifiera förändringsarbetet som pågår inom organisationen.

Åtgärd

Se svar på Granskning av delårsrapport per augusti 2010 (§ 204-10).

Granskning av delårsrapport per augusti 2010 (§ 204-10)

Ärendebeskrivning

Komrev har på uppdrag av landstingets revisorer granskat delårsrapporten för perioden januari – augusti 2010. Syftet med granskningen är att bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål fullmäktige beslutat samt om den upprättats i enlighet med lagstiftning och anvisningar från normerande organ.

Enligt Kommunallagen skall landstinget i budgeten ange såväl verksamhetsmål som finansiella mål av betydelse för god ekonomisk hushållning. Dessa mål ska sedan utvärderas i förvaltningsberättelsen varpå revisorerna ska bedöma om resultatet i delårsrapporten är förenligt med fullmäktiges mål. Revisorernas skriftliga bedömning ska biläggas delårsrapporten och överlämnas till fullmäktige. Revisorerna har därför avgett en särskild skrivelse till landstingsfullmäktige.

Revisorerna konstaterar att:

- Sammantaget visar granskningen att delårsrapporten är upprättad i enlighet med den kommunala redovisningslagen och god redovisningssed.
- Då landstingsstyrelsen inte avger några bedömningar avseende möjligheterna att uppnå fullmäktiges mål för verksamheten saknas underlag för att uttala sig om utsikterna för landstinget att uppnå god ekonomisk hushållning i det verksamhetsmässiga perspektivet för 2010.
- Det inte framgår av delårsrapporten vilken landstingsstyrelsens sammantagna bedömning är av om god ekonomisk hushållning uppnås i det finansiella perspektivet.
- Fullmäktige har fastställt fem finansiella mål för god ekonomisk hushållning. Då årsprognosen pekar på att endast tre av dessa fem mål kommer

att uppnås, görs bedömningen att landstinget under innevarande år endast delvis kommer att nå fullmäktiges finansiella mål.

- Landstinget har ett resultatmål innebärande ett resultat i balans. Prognosen per sista augusti pekar på ett resultat på 143 mnkr för 2010 innebärande att målet uppfylls.
- Målet att högst 100 procent av skatteintäkterna och statsbidrag bör användas för finansiering av den löpande verksamheten kommer att uppnås under 2010. Prognosen visar att verksamhetens nettokostnader kommer att uppgå till 98 procent.
- Målet om att landstinget skall ha en likviditetsreserv motsvarande lägst 10 procent av nettokostnaderna kommer enligt prognosen att infrias under 2010.
- Målet att alla divisioner uppnår sina ekonomiska resultatmål uppnås inte då prognosen säger att endast 3 av 9 divisioner kommer att uppfylla sina ekonomiska resultatmål.
- Målet att beslutade sparåtgärder genomförs uppnås inte då prognosen säger att endast 48 procent av beslutade sparåtgärder kommer att genomföras.
- Kommunallagens krav på ekonomi i balans beräknas enligt prognosen i delårsrapporten att uppfyllas.

Delårsrapporten och dess prognos visar att landstinget fortsatt står inför svåra ekonomiska tider med fortsatt behov av besparingar och effektiviseringar. Med anledning av detta ser vi med oro att beslutade besparingsåtgärder inte fullt ut följer fastställda planer.

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

Beslut

Rapporten läggs till handlingarna med följande kommentarer:

Vi kan konstatera att årsprognosen för 2010 pekar på att landstinget inte kommer att nå två av de fem finansiella mål för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, dvs målet att alla divisioner uppnår sina ekonomiska resultatmål samt målet att beslutade sparåtgärder genomförs.

I budget 2010 minskades divisionernas ramar, exklusive sänkta arbetsgivaravgifter, med 150 mnkr. Verksamheterna bedömer att kostnadsminskningar motsvarande 71 mnkr kommer att genomföras under året. Kostnadsökningar och intäktsminskningar inom andra områden har försämrat resultatet. Detta beror bl a ökade kostnader för riks- och regionsjukvård samt att landstinget ännu inte helt kunnat anpassa sina kostnader efter det att nya externa vårdcentraler öppnats. Naturbruksskolornas minskade elevantal har lett till minskade intäkter och åtgärdsplan finns för att få ned kostnaderna. Senast år 2014 ska de ha en ekonomi i balans och dessutom återställt sina underskott. Däremot är divisionernas omställningskostnader lägre än 2009.

Landstinget har ingen hög nettokostnadsutveckling men det innebär ändå att arbetet med att minska kostnaderna måste fortsätta.

Två av landstingets divisioner, Opererande och Medicin, har under de senaste åren arbetat med att på ett enkelt sätt försöka synliggöra det ekonomiska utfallet. Inom Division Opererande finns sedan något år tillbaka en uppföljningsrapport för ekonomi på samtliga chefsnivåer inom divisionen. Division Medicin har utvecklat en portal för uppföljning, ledning och styrning i syfte att underlätta för chefer och medarbetare att följa upp hur verksamheterna når sina uppsatta mål.

Åtgärd

Svaret avser även §§ 57-10 och 170-10.

Landstinget nådde inte under 2010 två av de fem finansiella målen för god ekonomisk hushållning som fullmäktige fastställt, d v s målet att alla divisioner uppnår sina ekonomiska resultat samt att beslutade sparåtgärder genomförs.

För 2010 redovisar divisionerna ett underskott mot budget på 94 miljoner kr, vilket är en försämring med 71 miljoner kr sedan 2009. I budget 2010 minskades dock ramarna med 150 miljoner kr. Verksamheterna hade krav på kostnadsminskning med 150 miljoner kr, varav 70 miljoner kr har genomförts. Ett intensivt förbättringsarbete bedrivs inom alla områden, vilket bidrar till landstingets resultat.

För att nå en ekonomi i balans krävs fortsatt arbete.