

# Revisionsrapport

## *Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar*

Region Norrbotten

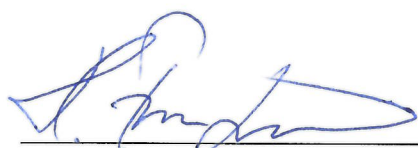
Susanna Huber,  
Michaela Nyman,  
revisionskonsulter

Februari 2019

## **Innehåll**

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
1.1. Bakgrund .....	3
1.2. Revisionsfråga .....	3
1.3. Kontrollfrågor .....	3
1.4. Avgränsning .....	3
1.5. Metod .....	4
1.6. Faktakontroll .....	4
<b>2. Iakttagelser och bedömningar .....</b>	<b>5</b>
2.1. Omhändertagandet och vård vid depression och ångest – barn och unga ....	5
2.2. Våld i nära relationer .....	6
2.3. Eftervård vid hjärtinfarkt .....	7
2.4. Palliativ vård .....	9
2.5. Övertidsarbete .....	11
2.6. Omhändertagande vid depression och ångest .....	12
2.7. Lokalvård inom sjukhusen .....	14
2.8. Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service .....	15
<b>3. Avslutning .....</b>	<b>18</b>
3.1. Aggregerad analys .....	18
3.2. Revisionell bedömning .....	19

Februari 2019



*Hans Forsström*  
*Uppdragsledare*

*Susanna Huber*  
*Projektledare*

## Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Norrbottens revisorer genomfört en samlad uppföljande granskning av åtta tidigare revisionsgranskningar från åren 2015 och 2016.

Uppföljningen har syftat till att besvara följande revisionsfrågor:

- Har Regionstyrelsen säkerställt att styrelsens beslutade åtgärder, med anledning av tidigare revisionsrapporter, har verkställts?
- Är den interna kontrollen inom området tillräcklig?

Vi har följt upp huruvida regionstyrelsen beslutade om åtgärder utifrån de tidigare granskningarna samt om åtgärderna genomfördes och återrapporterades till styrelsen. Resultatet redovisas i tabellen nedan.

	Beslut om åtgärder	Åtgärder har genomförts	Åtgärder har återrapporterats
1. Vård av depression och ångest – barn och unga			
2. Våld i nära relationer		-	-
3. Eftervård vid hjärtinfarkt			
4. Palliativ vård			
5. Övertidsarbete			
6. Omhändertagande vid depression och ångest			
7. Lokalvård inom sjukhusen			
8. Ungdomsmottagningens verksamhet och service			

Grönt = kontrollmål uppfyllt, gult = delvis uppfyllt, rött = ej uppfyllt, grått = ej applicerbart.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att Regionstyrelsen **har säkerställt** att styrelsens beslutade åtgärder, med anledning av tidigare revisionsrapporter, har verkställts, samt att den interna kontrollen inom området **till övervägande del** är tillräcklig.



# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Revisionsprocessen kan delas in i följande delar: Planering, genomförande och uppföljning. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som regionens revisorer anser bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen tagit till sig kritik, synpunkter och förslag.

Region Norrbottens revisorer gör kontinuerligt uppföljningar av genomförda granskningar. I detta uppdrag är utgångspunkten att ta ett större grepp och göra en samlad uppföljning av åtta granskningar genomförda under åren 2015 och 2016.

## 1.2. Revisionsfråga

Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfrågor:

- *Har Regionstyrelsen säkerställt att styrelsens beslutade åtgärder, med anledning av tidigare revisionsrapporter, har verkställts?*
- *Är den interna kontrollen inom området tillräcklig?*

## 1.3. Kontrollfrågor

Granskningens revisionsfråga besvaras med följande kontrollfrågor:

- Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån respektive gransknings slutsatser/rekommendationer?
- Är beslutade åtgärder genomförda?
- Sker återrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?

## 1.4. Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av åtta fördjupade revisionsprojekt som berört regionstyrelsen (f d landstingsstyrelsen). Granskningarna är:

1. Omhändertagande och vård vid depression och ångest – barn och unga, 2015
2. Våld i nära relationer, 2015
3. Eftervård vid hjärtinfarkt, 2015
4. Palliativ vård, 2015
5. Övertidsarbete inom hälso- och sjukvården, 2015
6. Omhändertagande vid depression och ångest, 2015
7. Lokalvård inom Norrbottens läns landstings sjukhus, 2016
8. Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service, 2016



## 1.5. Metod

Granskningen har genomförts med följande metod:

- Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev.
- Genomgång och granskning av de beslut regionstyrelsen fattat med anledning av revisionsrapporterna (att betrakta som styrelsens svar på rapporterna).
- Inhämtande av lägesbeskrivningar för respektive granskning genom dokumentstudier samt intervjuer med berörda tjänstemän.
- Analys av statusen för respektive granskning som följts upp, samt aggregerad analys utifrån helhetsbilden.

Bedömningen av kontrollfrågor har skett utifrån trafikljusfärger (grönt=kontrollmål uppfyllt, gult=delvis uppfyllt, rött=ej uppfyllt).



Bedömningsskala som används för revisionsfrågor:

<b>Ändamålsenlighet</b>		<b>Intern kontroll</b>
Inte (ändamålsenligt)		Otillräcklig (intern kontroll)
I begränsad utsträckning		Bristande
Till övervägande del		Till övervägande del
Ja (ändamålsenligt)		Ja (tillräcklig intern kontroll)

## 1.6. Faktakontroll

Innan rapporten fastställts har den genomgått faktakontroll hos intervjuade tjänstemän.

## 2. Iakttagelser och bedömningar

I detta kapitel behandlas de åtta granskningar vi följt upp. För respektive granskning beskrivs i korthet vad granskningen visade samt vilka åtgärder dåvarande landstingsstyrelse beslutade om utifrån granskningen. Därefter följer en beskrivning av om/hur åtgärderna genomförts.

Slutligen beskrivs vilken återkoppling som styrelsen erhållit gällande åtgärderna, samt vår bedömning av de tre kontrollfrågorna. Utöver detta finns för flera av granskningarna även en nulägesbeskrivning, vilken syftar till att ge läsaren aktuell information inom området.

### 2.1. Omhändertagandet och vård vid depression och ångest – barn och unga

#### 2.1.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad mars 2016) syftade till att bedöma om regionstyrelsen tillsåg att omhändertagande och vård av barn och unga med depression och ångest var ändamålsenlig samt att den interna kontrollen inom området var tillräcklig.

Revisorernas bedömning var att:

- De nationella riktlinjerna för depression och ångest inte var fullt ut implementerade, kända eller efterlevda. Dock noterades att det fanns andra styrande dokument som verksamheterna följde och som låg i fas med de nationella riktlinjerna.
- Det fanns en överenskommelse mellan barn- och ungdomspsykiatri och primärvården avseende ansvarsfördelning, men den tillämpades inte i praktiken.
- Gränsdragningsfrågor/övertagandet mellan primärvård och vuxenpsykiatri av patientansvaret då patienten fyllt 18 år var inte tydliggjorda.

#### 2.1.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-10-26 § 211) behandlade styrelsen revisionsrapporten och lämnade ett yttrande. I yttrandet framgår att regionstyrelsen gav regiondirektören i uppdrag att ta fram en **strategi för psykisk hälsa** i Norrbotten i samverkan med länets kommuner.

#### 2.1.3. Åtgärdernas status

Vi kan från regionstyrelsens sammanträde i juni 2018 se att Region Norrbotten tillsammans med Norrbottens kommuner beslutade om en länsgemensam strategi för psykisk hälsa, vilken utgick från den nationella strategin för psykisk hälsa. Utöver att anta en strategi noterar vi från regionstyrelsens sammanträde (2017-12-19 § 254) att styrelsen antog en reviderad länsgemensam handlingsplan - *Psykisk hälsa i Norrbotten Barn och Unga Vuxna samt Ungdomsmottagningarna 2017-2018*. Handlingsplanen utgick från den nationella överenskommelsen för psykisk hälsa.

#### 2.1.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Som ovan nämnt framgår av regionstyrelsens sammanträdesprotokoll (2018-06-07 § 124) att styrelsen antagit en strategi för psykisk hälsa i Norrbottens län 2018-2021.

I övrigt noterar vi att återrapportering avseende den länsgemensamma handlingsplanen lämnades till regionstyrelsen (2018-12-19) i bilaga till regiondirektörens rapport.

#### 2.1.5. Bedömning

##### Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Uppfyllt

## 2.2. Våld i nära relationer

### 2.2.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad mars 2016) syftade till att bedöma om regionstyrelsen hade säkerställt att utveckling och kvalitetssäkring av arbetet med våldsutsatta vuxna, samt barn som bevittnat våld, var ändamålsenligt och att den interna kontrollen inom området var tillräcklig.

Revisorernas bedömning var att:

- Kännedom och tillämpning av fastställda rutiner för arbetet med våld i nära relation kunde förbättras hos hälso- och sjukvårdspersonal.
- Kännedom om rutiner avseende när frågor om våldsutsatthet ska ställas kunde förbättras hos hälso- och sjukvårdspersonal.
- Hälso- och sjukvårdspersonal hade bristande kunskap gällande anmälningsskyldigheten inom ramen för sitt yrkesutövande.
- Ansvarsroller för intern samverkan upplevdes av revisorerna som otydlig.
- Regionstyrelsens erhållna uppföljningsstatistik om våld återspeglade med hög sannolikhet inte i vilken utsträckning verksamheterna faktiskt ställde frågor om våldsutsatthet. Detta berodde på att dokumentationsverktyget VAS inte användes konsekvent av hälso- och sjukvårdspersonal i frågan. Statistiken ansågs därför inte vara heltäckande och tillförlitlig.

Men anledning av punkterna ovan rekommenderade revisorerna regionstyrelsen att ta initiativ till åtgärder och aktiviteter för att rutiner och riktlinjer är kända och tillämpas hos verksamheternas personal.



### 2.2.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-09-28 § 166) lades revisionsrapporten till handlingarna och styrelsen lämnade ett yttrande. I yttrandet framgår inte något förslag till beslut om att vidta åtgärder utifrån granskningens slutsatser. Inte heller framgår av yttrandet insatser som är planerade eller hur styrelsen avser arbeta med frågorna framöver.

### 2.2.3. Bedömning

#### Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ej uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	-
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	-

### 2.2.4. Nulägesbild

Av intervju framgår att regionen har arbetat för att åtgärda de brister som framkom då revisionsgranskningen genomfördes. Regionen har uppdaterat regionövergripande och lokala riktlinjer och rutiner för arbetet med våld i nära relationer i VIS<sup>1</sup>, på intranätet och genom att införa en regionövergripande rutin om fotografering av fysiska skador.

För att medarbetare ska ha kännedom om och kunna tillämpa riktlinjerna har regionen genomfört flera olika utbildningsinsatser internt, men även externt tillsammans med länsstyrelsen och Norrbottens kommuner. Utbildningsinsatserna har berört exempelvis våldsförebyggande arbete, anmälningsskyldighet, registrering i dokumentationsverktyget VAS samt hur personal ska implementera riktlinjer och rutiner i sitt yrkesutövande. Regionen har även arbetat fram *våga fråga-kort* samt en informationsfolder som ska fungera som stöd för personal i arbetet med att fråga patienter om våldsutsatthet.

Slutligen noterar vi att regionstyrelsen i sin årsredovisning 2017 följde upp antal tillfrågade om våldsutsatthet i nära relation. Åtgärder på verksamhetsnivå, exempelvis nya arbetsmetoder och genomförda utbildningsinsatser, återrapporterades även de i årsredovisning 2017.

## 2.3. Eftervård vid hjärtinfarkt

### 2.3.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad januari 2016) syftade till att bedöma om regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig eftervård för patienter som drabbats av hjärtinfarkt, både inom sjukhusvården och primärvården.

Revisorernas bedömning var att:

- En expertgrupp inom hjärtsjukvård saknades.

<sup>1</sup> Verksamhetens Informationssystem, regionens sök- och samarbetsplattform.

- Riktlinjer gällande eftervård och de sekundärpreventiva åtgärderna var endast i begränsad utsträckning kända hos hälso- och sjukvårdspersonal.
- Samtliga av länets sjukhus deltog i kvalitetsregistret "Swedeheart" för uppföljning av bland annat sekundärpreventiva insatser inom hjärtsjukvården. Det saknades dock statistik som gav en länsövergripande bild över patientgruppen.
- Granskningen fann inget länsövergripande arbete för att motverka oskäligen skillnader i medicinska resultat beroende på geografi eller kön.
- Uppföljning av följsamhet till evidensbaserade åtgärder inom sekundärprevention genomfördes, men det fanns utrymme att involvera länets hälsocentraler i högre utsträckning. Vidare framgick att begreppet *eftervård* gavs olika tolkningar inom verksamheterna.

### 2.3.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-09-28 § 163) lades revisionsrapporten till handlingarna och styrelsen lämnade ett yttrande. Av yttrandet framgår att styrelsen ger i uppdrag till regiondirektören att säkerställa att en **expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar** bildas under hösten 2016.

Vidare framgår av yttrandet att styrelsen avsåg att säkerställa att vården ges på lika villkor genom att följa upp följande **stymått**:

- Andel med diagnos hjärt- och kärlsjukdom som får sekundärprevention (dvs läkemedelsbehandling).
- Andel med hjärt- och kärlsjukdom som fått fråga om levnadsvana.

### 2.3.3. Åtgärdernas status

Enligt uppgifter från intervju bildades en expertgrupp med inriktning hjärtsvikt, men först under år 2017. Förseningen av expertgruppens bildande uppges ha berott på att det varit svårt att bemanna en expertgrupp då flera olika kompetenser krävs. Vidare uppges att det föreligger ett behov av att inrätta ytterligare expertgrupper inom hjärtsjukvård som då också inkluderar vård vid hjärtinfarkt.

Enligt uppgift från de intervjuade framgår att det ena stymåttet som styrelsen beslutade om inte har kunnat följas upp, på grund av att tillförlitlig statistik saknats. Det andra stymåttet har löpande återrapporterats via tertial- och årsrapporter.

### 2.3.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Återrapportering avseende expertgruppens bildande har skett i regiondirektörens rapport i mars 2017. I årsrapport 2017 framgår att stymåttet om sekundärprevention utgått på grund av att det inte är mätbart. Det andra stymåttet har, som ovan nämnts, återrapporterats löpande.



### 2.3.5. *Bedömning*

#### **Kontrollmål:**

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker återrapporering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Uppfyllt

### 2.3.6. *Nulägesbeskrivning*

Enligt uppgifter från intervju framgår att uppföljning även skett av kontrollmåten *antal förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt* samt *andel av patienter inom riskgrupp (hypertoni) som fått levnadsvanefråga samt åtgärd vid högt blodtryck*. Från år 2019 kommer kontrollmålet *andelen som deltar i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt* inkluderas i de mått styrelsen följer upp gällande eftervård vid hjärtinfarkt.

## 2.4. *Palliativ vård*

### 2.4.1. *Sammanfattning av tidigare granskning*

Granskningen (daterad december 2015) syftade till att bedöma om samverkan mellan region och kommun var tillräcklig avseende målet att erbjuda personer en god vård under livets sista tid.

Revisorernas bedömning var att:

- De övergripande målen för palliativ vård inte var kända i verksamheterna. Det bör i sammanhanget noteras att ett läns-gemensamt handlingsprogram<sup>2</sup> var känt inom verksamheterna, vilket lokala rutiner och riktlinjer utgick ifrån. I granskningen framgick dock brister avseende implementering och tillämpning av handlingsprogrammet.
- Systematisk planering mellan vårdgivare avseende patient med palliativ vård skedde inte i enlighet med riktlinjer och rutiner och var i vissa delar bristfällig.
- Elektroniska kommunikationsmedel saknades mellan primär- och hemsjukvård.
- Personal inom verksamheterna saknade kännedom om vilken vård en patient med en palliativ diagnos kan erhålla i livets slutskede i hemmet av kommunala vårdgivare.

Med anledning av dessa bedömningar uppmanade revisorerna regionstyrelsen att säkerställa en tillförlitlig informationsförsörjning.

<sup>2</sup> *Vård i livets slutskede - Palliativ vård i Norrbotten*. Samverkansdokument mellan kommunförbundet Norrbotten och Region Norrbotten.



#### 2.4.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-09-28 § 164) lades rapporten till handlingarna och styrelsen lämnade ett yttrande. I yttrandet framgår att regionstyrelsen ger i uppdrag till regiondirektören att genomföra en **översyn** av den palliativa vården. Uppdraget skulle redovisas till styrelsen under hösten 2016.

I yttrandet beskrev styrelsen även pågående arbete inom regionen avseende den palliativa vården och bemötte revisorernas observationer.

#### 2.4.3. Åtgärdernas status

Av regionstyrelsens sammanträdesprotokoll (2017-06-07 § 126) framgår att den översyn som regiondirektören fått i uppdrag att utföra var genomförd. Vid sammanträdet fick regiondirektören i tilläggsuppdrag att, bland annat, genomföra insatser utifrån översynens förslag.

#### 2.4.4. Åtterrapporering till regionstyrelsen

Åtterrapporeringen av regiondirektörens uppdrag presenterades genom en rapport, *Översyn palliativ vård* (daterad 2017-04-01), som bilaga på regionstyrelsens sammanträde (2017-07-07). Rapporten presenterade den översyn som genomförts av den palliativa vården, vilken delvis baserats på revisionsrapportens observationer, samt gav förslag på åtgärder.

#### 2.4.5. Bedömning

##### **Kontrollmål:**

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker åtterrapporering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Uppfyllt

#### 2.4.6. Nulägesbeskrivning

Av protokollet från regionstyrelsens sammanträde (2017-06-07 § 126) beslutar styrelsen, till följd av regiondirektörens översyn av den palliativa vården, att utöka uppdraget för de palliativa rådgivningsteamerna så att det även omfattar barn 0-17 år samt att utveckla kompetenscenter för palliativ vård vid Sunderby sjukhus.

I bilaga till regionstyrelsens sammanträde (2017-12-19) framgår en lägesuppdatering för regiondirektörens utökade uppdrag. I bilagan noterar vi att regiondirektören har för avsikt att:

- Upprätta en rutin för remiss till vårdcentral då palliativ diagnos sätts.
- Upprätta en rutin för registrering i det palliativa registret.
- Etablera lokala nätverk i länet för yrkesgrupper som arbetar med palliativ vård samt anordna samverkansträffar mellan region och kommuner.

- Utöka uppdraget för de palliativa rådgivningsteamerna till att även omfatta asylsökande.

Utöver detta framgår att uppdraget om att utveckla kompetenscenter för palliativ vård vid Sunderby sjukhus i dagsläget inte är prioriterat.

Från intervju noterar vi att det finns en samordningssjuksköterska vid Sunderby sjukhus i syftet att ge kompetensutveckling till personal på palliativa vårdavdelningen. Vidare framgår vid intervju att det palliativa rådgivningsteamet arbetar konsultativt mot kommuner som resursstöd med mandat att arbeta i hela länet samt även inriktat mot barn med palliativ vård.

## 2.5. Övertidsarbete

### 2.5.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad juni 2015) syftade till att bedöma om regionstyrelsen hade en tillräcklig intern kontroll när det gällde övertidsarbetets styrning, omfattning, utveckling och orsaker.

Revisorernas bedömning var att:

- Riktlinjer för övertidsarbete var inte fullt ut kända i verksamheterna.
- Orsakerna till övertidsarbete hade endast till viss del utretts systematiskt.
- Den uppföljning som skett för övertidsarbete hade inte gett en precis information om hur övertiden uppstått och fördelats.

### 2.5.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2015-10-03 § 92) lades revisionsrapporten till handlingarna. Protokollet styrker inte att styrelsen fattade ett tydligt beslut om att vidta åtgärder. Dock framgår att det pågick ett arbete i regionen avseende övertidsarbete. Vi noterar särskilt att:

- Det hade inletts ett systematiskt arbete för att **utreda orsakerna** till övertidsuttag på olika arbetsplatser inom regionen.
- Styrelsen arbetade med att **effektivisera, tidigarelägga och samordna** olika verksamheters planering i syfte att minska övertiden.
- Arbetsgivaren hade **tydliggjort** vilka juridiska och arbetsmiljömässiga **förutsättningar** som gäller för uttag av övertid.

### 2.5.3. Åtgärdernas status

Enligt uppgift från intervju har regionen haft stora utmaningar med att rekrytera nya medarbetare vilket har lett till att antalet övertidstimmar ökat för att regionen ska kunna säkra antalet öppna vårdplatser. För att genomlysna frågan om övertidsarbete arbetar regionen partsgemensamt med ett antal fackförbund och tillsammans har bland annat statistik från verksamheter med stort övertidsuttag analyserats och olika åtgärder har vidtagits. En kartläggning av övertidsuttag har genomförts för att hitta orsakerna till övertidsarbete samt för att ta fram åtgärder för att minska dess omfattning.



Av intervju framgår även att regionen arbetar med politiskt satta mål avseende andel heltidstjänster, minskad kostnad för inhyrd bemanningspersonal samt minskad sjukfrånvaro, vilka förväntas bidra till att minska övertidsuttaget.

Vidare framgår att det finns verksamheter där övertidsarbetet upplevs vara svårt att minska. Det gäller främst operationen i Gällivare där det krävs att personalen ligger i beredskap. I vissa verksamheter som har stor bundenhet till beredskap, där aktivt arbete genererar övertid, har därför arbetsmiljöåtgärder vidtagits för att säkerställa återhämtning.

Avseende regionens arbete med att tydliggöra vilka förutsättningar som gäller för övertidsuttag har det inom regionen startats upp en central introduktion för chefer där övertidsarbete behandlas för att säkerställa att samtliga chefer förhåller sig till de juridiska och arbetsmiljömässiga riktlinjer som råder för området.

#### 2.5.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Återrapportering avseende övertidsarbete har skett till styrelsen i månadsrapport samt årsredovisning. I årsredovisning 2017 har återrapportering skett genom såväl verksamhetsuppföljning som uppföljning av styrmått.

#### 2.5.5. Bedömning

##### **Kontrollmål:**

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Delvis uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Uppfyllt

## 2.6. Omhändertagande vid depression och ångest

### 2.6.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad maj 2015) syftade till att bedöma om regionstyrelsen tillsåg att vården av personer med depression och ångest var ändamålsenlig.

Revisorernas bedömning var att:

- Implementeringen av de nationella riktlinjerna gick långsamt.
- En expertgrupp för att implementera de nationella riktlinjerna hade inte utsetts, vilket är ett krav.
- Gränsdragningsfrågor mellan primärvård och vuxenpsykiatri var inte tydliggjorda.
- Rutiner för remisshantering från primärvården till specialistpsykiatri var inte klarlagda.
- Kontinuitetsproblem fanns både för primärvårdsläkare och psykiatriker.



### 2.6.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-03-03 § 58) lades rapporten till handlingarna och styrelsen lämnade ett yttrande. Av protokollet framgår inte att styrelsen fattade beslut om åtgärder. Vi noterar dock att styrelsen planerade följande åtgärder:

- En **expertgrupp** höll på att bildas och skulle påbörja sitt arbete under våren 2016.
- Under våren 2016 planerades en uppföljning av **handlingsöverenskommelsen**<sup>3</sup> för att bedöma om det fanns ett behov att förtydliga tolkning och tillämpning av ansvarsfördelningen mellan specialistvård och primärvård.
- Regionen skulle, tillsammans med kommunerna, under våren 2016 genomföra gemensamma behovsanalyser avseende målsättningar inom området psykisk ohälsa. Behovsanalyserna skulle utmynna i en **handlingsplan** med kort- och långsiktiga mål.

### 2.6.3. Åtgärdernas status

Enligt uppgift från intervju bildades en expertgrupp för depression och ångest under hösten 2016.

I bilaga till regiondirektörens rapport till regionfullmäktige (2016-09-28) framgår att handlingsöverenskommelsen uppdaterades i mars 2016 av närsjukvården. Det framgår dock inte vad som låg till grund för uppdateringen eller vad uppdateringen bestod av. Av intervju har vi inte kunna styrka om uppdateringen av handlingsöverenskommelsen inkluderat en översyn av ansvarsfördelningen mellan specialistvård och primärvård.

På regionstyrelsens sammanträde (2017-12-19 § 254) beslutade styrelsen att anta en reviderad länsgemensam analys- och handlingsplan - *Psykisk hälsa i Norrbotten 2017-2018 (Vuxna)*. Vi noterar även att styrelsen har antagit en strategi för psykisk hälsa i Norrbotten.

### 2.6.4. Åtterrapporering till regionstyrelsen

Vi kan inom ramen för granskningen inte styrka att någon åtterrapporering skett till regionstyrelsen avseende expertgruppen. Av intervju noterar vi dock att styrelsen löpande har tagit del av expertgruppens arbete. I övrigt noterar vi at åtterrapporering gällande handlingsöverenskommelse och handlingsplan lämnats i bilaga till regiondirektörens rapport (2016-09-28, 2017-12-19).

### 2.6.5. Bedömning

#### Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Delvis uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker åtterrapporering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Uppfyllt

<sup>3</sup> Överenskommelse mellan specialistpsykiatri och primärvård avseende uppgifter och ansvar kring depression.

## 2.7. Lokalvård inom sjukhusen

### 2.7.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad september 2016) syftade till att bedöma om regionstyrelsen hade en tillräcklig styrning och intern kontroll av lokalvården vid länets sjukhus.

Revisorernas bedömning var att:

- Personal hade inte lika förutsättningar att efterleva dokumenterade rutiner gällande lokalvård inom länets sjukhus till följd av att all personal inte hade tillgång till eller kunskap om dokumenthanteringssystemet VIS.
- De rutiner som fanns för lokalvården var inte samlade på en gemensam plats, vilket ytterligare försvårade tillgängligheten.
- Rutiner för ansvarsfördelningen inom lokalvården var inte fullt ut kända och tillämpade i verksamheterna. Det saknades tydliga rutiner för när lokalvårdens uppgifter övergår från *daglig städning* till *särskild städning*, så som vid känd smitta.
- Avvikelsesrapportering skedde i låg utsträckning.

### 2.7.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

Regionstyrelsen behandlade revisionsrapporten på sitt sammanträde (2017-02-01 § 20) och lämnade ett yttrande. Av protokollet framgår att styrelsen beslutade att ge regiondirektören i uppdrag genomföra en **utredning** gällande behovet av utökade städtider under kvällar och helger.

Vidare noterar vi i yttrandet att följande insatser planerades med anledning av genomförd revisionsgranskning:

- Ytterligare **utbildningsinsatser** i VIS för medarbetare inom lokalvården.
- Lägga in **länkar till de rutindokument** som lokalvården inte äger på lokalvårdens sida.
- Ta fram tydliga rutiner för **informationsöverföring/kommunikation** mellan vårdenhet och lokalvårdare vid känd smitta. Därtill ska även utbildningsinsatser inom området genomföras med berörd personal.

### 2.7.3. Åtgärdernas status

Enligt muntliga uppgifter vi tagit del av under granskningen så genomfördes utredningen och denna har lett till utökade städtider på några av länets sjukhus. Vi har dock inte kunnat styrka detta genom dokumentgranskning.

Vi kan inom ramen för granskningen inte se att det utförts ytterligare utbildningsinsatser i VIS. Vid intervjuer uppges att detta inte ansetts helt nödvändigt då en del medarbetare väldigt sällan använder VIS, och att en bättre lösning skulle kunna vara att det i varje arbetsgrupp istället finns ansvariga som sköter systemet.

Avseende tillgängligheten av lokalvårdens rutiner noteras från intervju att uppfattningen bland intervjuade är att det skett en förbättring inom detta område.



Samtliga länsövergripande rutiner finns samlade på en sida och varje sjukhus har fått i uppdrag att lägga in länkar till sina dokument. Under 2019 finns det planer på att läsplattor ska införas på städvagnarna på samtliga av länets sjukhus. På så sätt ska alla lokalvårdare enkelt komma åt *Intranätet* med uppdaterade rutiner och dokument.

Av intervju framgår att en rutin har tagits fram för märkning av rum med känd smitta, vilken finns tillgänglig på regionens insida och gäller inom hela regionen. På Sunderby sjukhus färgmarkeras även rummen på en anslagstavla i sjuksköterskeexpeditionen för att lokalvårdare tydlig ska kunna se skillnad när dagligt städ övergår till särskilt städ. Utbildningsinsatser kopplat till smitta uppges ske regelbundet.

#### 2.7.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Vi kan inom ramen för granskningen inte se att det skett någon återrapportering till styrelsen avseende regiondirektörens uppdrag eller de insatser som nämndes på styrelsens sammanträde.

#### 2.7.5. Bedömning

##### Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ej uppfyllt

#### 2.7.6. Nulägesbild

Enligt uppgift från intervju har lokalvården fått i uppdrag att arbeta fram en plan för helgstäd i Kiruna, Gällivare och Piteå. Ett beslut om införande har ännu inte fattats.

## 2.8. Ungdomsmottagningarnas verksamhet och service

### 2.8.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (daterad maj 2016) syftade till att bedöma om regionstyrelsen säkerställt att ungdomsmottagningarna i Norrbotten bedrevs ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll.

Revisorernas bedömning var att:

- Det fanns inget tydligt uppdrag från regionstyrelsen för ungdomsmottagningarna och dess verksamhet.
- Det saknades centralt antagna och tydliga mål för verksamheten som mättes, rapporterades och följdes upp.
- Kompetensförsörjningen inom verksamheterna motsvarade inte fullt ut de riktlinjer som fanns för personalsammansättning på ungdomsmottagningar.
- Den interna samverkan mellan ungdomsmottagningarna i länet och den externa samverkan med kommunerna var inte tillräcklig.



- Ungdomsmottagningarna arbetade inte systematiskt med att följa upp och använda tidigare genomförda kartläggningar i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

### 2.8.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

På regionstyrelsens sammanträde (2016-10-26 § 212) lades revisionsrapporten till handlingarna och styrelsen lämnade ett yttrande. Av protokollet framgår inte att styrelsen fattat ett beslut om åtgärder. I protokollet bemöts dock revisorernas synpunkter och regionens pågående arbete inom området beskrivs. Vi noterar särskilt följande:

- Efter revisionsgranskningen 2016 genomfördes en **översyn** av ungdomsmottagningarnas verksamhet.
- Ett arbete pågick med att ta fram en länsgemensam **analys- och handlingsplan** för psykisk hälsa i Norrbottens län.

### 2.8.3. Åtgärdernas status

Under granskningen har framkommit att översynen initierades på tjänstemannanivå och var dels en följd av granskningen, och dels en följd av att regionen erhållit riktade statliga medel för insatser inom området psykisk hälsa. Granskningen styrker att översynen färdigställdes och redovisades för den politiska samverkansberedningen<sup>4</sup> (2016-09-27 § 5). Översynen resulterade i att ungdomsmottagningarnas uppdrag förtydligades och beredningen beslutade om en uppdragsbeskrivning för verksamheten.

Vidare styrker granskningen att syftet med handlingsplanen bland annat var att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudaktörer samt sätta upp lokala och regionala målsättningar för ungdomsmottagningarnas verksamhet. Handlingsplanen fastställdes av regionstyrelsen (2017-12-19 § 254).

### 2.8.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Granskningen styrker inte att återrapportering gällande genomförd översyn lämnats till styrelsen. Vidare kan vi inte se att det skett en återrapportering till styrelsen angående beredningens beslut om en uppdragsbeskrivning för ungdomsmottagningarna.

På regionstyrelsens sammanträde (2016-12-13) togs handlingsplanen, efter att den beretts i samverkansberedningen, upp som anmälningsärende. På ett sammanträde ett år senare (2017-12-19 § 254) antog regionstyrelsen handlingsplanen *Psykisk hälsa i Norrbotten Barn och Unga vuxna samt Ungdomsmottagningarna 2017-2018*.

### 2.8.5. Bedömning

#### Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Delvis uppfyllt
Är beslutade åtgärder genomförda?	Uppfyllt
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Delvis uppfyllt

<sup>4</sup> Politisk samverkan för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola mellan länets kommuner och Region Norrbotten.

### 2.8.6. Nulägesbild

Enligt uppgift från intervju har det i handlingsplanen, utöver tydligare mål och ansvarsfördelning, även avsatts en resursförstärkning för bemanning gällande kurator och barnmorska men även för att fortsättningsvis finansiera tjänsten som närsamordnare för länets ungdomsmottagningar, vilket tidigare finansierats via statligt bidrag. Utöver detta har satsningar gjorts på digitala lösningar för att ungdomsmottagningarna ska kunna erbjuda en jämlik vård runt om i länet.

Av intervju framgår att politiska samverkansberedningen efter genomförd översyn och fastställd uppdragsbeskrivning för verksamheterna beslutat att omformulera uppdragsbeskrivningen för länets ungdomsmottagningar. På sitt sammanträde (2018-05-04 § 16) beslutar beredningen att uppdra till Länsstyrgruppen<sup>5</sup> att

- kartlägga tillgången till ungdomsmottagningar i länet
- kartlägga behovet av en "Ungdomsmottagning i tiden" som omfattar ett vidare perspektiv där hela ungdomens hälsa tas omhand

Redovisning av Länsstyrgruppens uppdrag kommer, enligt uppgift från intervju person, att ske till politiska samverkansberedningen i mars 2019.

---

<sup>5</sup> Samverkansorgan mellan Region Norrbotten och Norrbottens kommuner. Gruppen består av socialchefer och barn- och utbildningschefer från kommunerna samt chefer från hälso- och sjukvårdens divisioner och staben.

### 3. Avslutning

#### 3.1. Aggregerad analys

I tabellen beskrivs den sammantagna bilden av hur vi bedömt de tre kontrollfrågorna för samtliga granskningar.

	Beslut om åtgärder	Åtgärder har genomförts	Åtgärder har återrapporterats
1. Vård av depression och ångest – barn och unga			
2. Våld i nära relationer		-	-
3. Eftervård vid hjärtinfarkt			
4. Palliativ vård			
5. Övertidsarbete			
6. Omhändertagande vid depression och ångest			
7. Lokalvård inom sjukhusen			
8. Ungdomsmottagningens verksamhet och service			

Grönt = kontrollmål uppfyllt, gult = delvis uppfyllt, rött = ej uppfyllt, grått = ej applicerbart.

#### Kontrollfråga 1 - Beslut om åtgärder

Den första kontrollfrågan syftar till att besvara ifall regionstyrelsen fattade beslut om åtgärder utifrån revisorernas bedömningar och synpunkter i den tidigare granskningen. Vi bedömer att i fyra av åtta fall (markerat grönt) har styrelsen beslutat om tydliga åtgärder. I dessa fall framgår det politiska beslutet tydligt i styrelsens sammanträdesprotokoll.

I tre fall är det mer otydligt huruvida åtgärder beslutats (markerat gult). I dessa fall framgår av protokollet inte tydligt och formellt att ett politiskt beslut om åtgärder har fattats. Dock framgår i yttrandena till styrelsens behandling av granskningarna ifråga att åtgärder har genomförts, pågår eller planeras, bl a som en följd av respektive revisionsgranskning



I ett fall bedömer vi att styrelsen inte, vare sig direkt eller indirekt, har fattat beslut om att vidta åtgärder (markerat rött). Vi noterar att granskningen *Våld i nära relationer* behandlade områdena ändamålsenlighet och intern kontroll. Revisorerna bedömde att arbetet i *begränsad utsträckning* bedrevs på ett ändamålsenligt sätt samt att den interna kontrollen var *bristfällig*. En rad brister lyftes fram i granskningen.

I sammanhanget bör nämnas att det under denna uppföljning inte har bedömts huruvida *samtliga* brister som framkom i den tidigare revisionsgranskningen har åtgärdats, utan enbart om styrelsen fattade ett beslut om någon åtgärd.

### **Kontrollfråga 2 – Genomfördes de åtgärder som beslutades?**

Syftet med kontrollfråga två är att bedöma om de åtgärder regionstyrelsen beslutade om även genomfördes. Här ser vi att i samtliga fall då åtgärder beslutats så har de även genomförts. Även i de tre fall då ett formellt politiskt beslut inte framgår av protokollen, men där protokollen styrker att åtgärder pågick eller planerades, så har vi kunnat verifiera att de också verkställdes. För den granskning där inga åtgärder beslutades (*Våld i nära relationer*) kan detta kontrollmål inte bedömas.

### **Kontrollfråga 3 – Är internkontrollen tillräcklig?**

Sista kontrollfrågan syftar till att bedöma ifall regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig. Som ovan framgick ledde sju av granskningarna till att åtgärder vidtogs. I fem av dessa fall bedömer vi att styrelsen även fått tillräcklig återrapportering om dem (markerat grönt). I ett av de sju fallen, gällande ungdomsmottagningarna, har återrapportering skett enbart på en av de beskrivna åtgärderna (markerat gult). Endast för en granskning, gällande lokalvården, styrker inte granskningen att återrapportering lämnats (markerat rött). Vi noterar att regiondirektören i detta fall hade fått ett tydligt uppdrag att genomföra en utredning.

Under granskningen har vi uppmärksammat att återrapporteringen sker i olika former, antingen genom regiondirektörens rapport eller via månads-, tertial- eller årsredovisning. Många gånger omfattar återrapporteringen inte *enbart* det specifika uppdraget, utan är mer att likna vid en uppdatering av det arbete som bedrivs inom verksamhetsområdet.

Vi noterar att det i styrelsens protokoll inte framgår av besluten när ett uppdrag skall vara genomfört eller återrapporteras. Dock har framkommit i intervju att det sedan ca två år tillbaka finns en stående punkt på styrelsens sammanträden för återrapportering av regiondirektörens uppdrag.

## **3.2. Revisionell bedömning**

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att Regionstyrelsen **har säkerställt** att styrelsens beslutade åtgärder, med anledning av tidigare revisionsrapporter, har verkställts, samt att den interna kontrollen inom området **till övervägande del** är tillräcklig.