

Samlad uppföljande granskning av fyra tidigare reivisions- granskningar

Region Norrbotten

Projektledare Erik Jansen

Projektmedarbetare Jonathan Melkko, Michaela Nilsson

Kvalitetssäkrare Hans Forsström, certifierad kommunal revisor



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
2. Iakttagelser och bedömningar	5
2.1 Remisshantering (2016)	5
2.2 Eftervården vid hjärtinfarkt (2015)	7
2.3 Patientsäker läkemedelshantering (2014)	11
2.4 Egenvården (2015)	13

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Norrbottens revisorer genomfört en samlad uppföljande granskning av fyra tidigare revisionsgranskningar från 2014-2016.

Syftet med granskningen har varit att pröva om arbetet för att utveckla verksamheterna ifråga och åtgärda konstaterade brister bedrivits ändamålsenligt sätt samt med tillräcklig intern kontroll.

Vi har följt upp tidigare granskningar genom fyra revisionsfrågor:

1. Vilka åtgärder har, utifrån styrelsens behandling av respektive granskning, beslutats och vidtagits?
2. I vilken utsträckning har respektive granskningsområde omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?
3. I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett styrelsen att fatta aktiva beslut för respektive granskningsområde?
4. Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?

Resultatet redovisas nedan.

Granskning	Beslut om åtgärder?	Åtterrapporering av åtgärder?	Beslut utifrån återrapportering?	Har RS utrett kvarstående behov?
1. Remisshantering (2016)	Grönt	Grönt	Gult	Grönt
2. Eftervården vid hjärtinfarkt (2015)	Grönt	Grönt	Gult	Grönt
3. Läkemedels-hantering (2014)	Grönt	Grönt	Gult	Grönt
4. Egenvården (2015)	Grönt	Grönt	Gult	Grönt

Grönt = uppfyllt, gult = delvis uppfyllt, rött = ej uppfyllt

Den sammanfattande revisionella bedömningen är att regionstyrelsen i allt väsentligt bedriver ett ändamålsenligt arbete för att utveckla verksamheterna och åtgärda konstaterade brister samt detta med en i allt väsentligt tillräcklig intern kontroll.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Analysera hur framtida åtterrapporering kan användas som underlag för att fatta aktiva beslut inom berörda områden.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Regionens revisorer har med hänsyn till risk bedömt det angeläget att följa upp ett antal granskningar genomförda de senaste åren. Gemensamt för dessa granskningar är att i samtliga konstaterades brister som krävde ett aktivt åtgärdsarbete, och ett flertal rekommendationer lämnades också av revisorerna.

1. Remisshantering (2016).

Granskningen visade att styrelsens interna kontroll i sammanhanget hade vissa brister. Exempelvis saknades en strukturerad uppföljning. Den anvisning för remisshantering som fanns angav inga tydliga krav och konkreta förhållningssätt i likhet med om det varit en riktlinje. Det visade sig även att dåvarande landstinget saknade en aktiv styrning och rutiner för att säkerställa ett likartat arbetssätt för remisser på verksamhets- och regionövergripande nivå.

2. Eftervården vid hjärtinfarkt (2015)

Granskningen visade att eftervården bara till begränsad del var säkerställd enligt granskningsresultaten, ex-vis fanns inte expertgrupp för hjärtvård med representanter från sjukhus och primärvård. Vidare var de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård bara delvis implementerade.

3. Läkemedelshantering (2014)

Bedömningen var att styrelsens interna kontroll avseende läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser inte i tillräcklig utsträckning säkerställde en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering. Det fanns anledning att anta att läkemedelsgenomgångar genomfördes i primärvård och sjukhusbaserad närsjukvård. Detta gick dock inte att spåra i journaldokumentationen. Av granskningen framkom också att läkemedelsberättelser skrevs i relativt begränsad utsträckning.

4. Egenvården (2015)

Det bedömdes att dåvarande landstingets (landstingsstyrelsens) rutiner i samband med bedömning om patientens egenvård inte var ändamålsenliga och inte omfattades av tillräcklig intern kontroll. Av åtta kontrollmål var endast ett uppfyllt. Exempelvis hade vårdgivaren inte upprättat direktiv i sitt ledningssystem innehållande rutiner för bedömning, samråd och planering i samband med egenvård (SOSFS 2009:6, 3§). Inte heller hade vårdgivaren (landstingsstyrelsen) uppdragit åt en eller flera verksamhetschefer att fastställa rutiner för egenvård (SOSFS 2009:6, 4§). Vidare fanns inga avvikelser i samband med egenvård rapporterade i avvikelssystemet Synergi.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att pröva om arbetet för att utveckla verksamheterna ifråga och åtgärda konstaterade brister bedrivits ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll.

Granskningen omfattar följande revisionsfrågor:

1. Vilka åtgärder har, utifrån styrelsens behandling av respektive granskning, beslutats och vidtagits?
2. I vilken utsträckning har respektive granskningsområde omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?
3. I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett styrelsen att fatta aktiva beslut för respektive granskningsområde?
4. Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?

1.3 Revisionskriterier

Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallagen 6:6
- Regioninterna regler och riktlinjer som rör verksamhets-/granskningsområdena ifråga.
- Politiska beslut och handlingsplaner/aktiviteter inom respektive granskningsområde.

1.4 Avgränsning

Granskningen avgränsas enligt syfte och kontrollområden.

1.5 Metod

Analys av för granskningen relevant dokumentation samt avstämning med nyckelpersoner inom granskningsområdet.

Avstämning/informationsinhämtning samt dialog har skett med:

- Regiondirektör
- Verksamhetsdirektör
- Chefläkare Region Norrbotten
- Verksamhetsstrateger i hälso- och sjukvårdsenheten inom regiondirektörens stab
- Utvecklingsledare i hälso- och sjukvårdsenheten inom regiondirektörens stab
- Enhetschef för vårdkvalitetsenheten
- Strateg för kunskapsstyrning

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats av Hans Forsström, certifierad kommunal revisor inom Public Sector på PwC. Kvalitetssäkringen innefattar genomläsning och analys av utkast av rapport innan färdigställande av rapportens utformning i förhållande till uppdragsbeskrivningen.

Innan rapporten fastställts har dessutom samtliga personer som varit föremål för dialog/intervju och/eller avstämningar getts möjlighet att faktakontrollera rapporten. Detta innebär att de beretts möjlighet att läsa de iakttagelser vi beskriver i syfte att återkoppla om vi framfört faktafel eller på annat sätt beskrivit omständigheter/processer på ett sådant sätt att det inte lämnar förutsättningar för en rättvisande bedömning inom området. Utifrån erhållna synpunkter inom ramen för vår faktakontroll har vi slutligen genomfört en slutvärdering, fastställt våra bedömningar samt upprättat rekommendationer inom området.

Utöver nämnda funktioner ovan har även regionstyrelsens ordförande getts möjlighet att faktakontrollera rapporten och komma med återkoppling inför rapportens fastställande.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1 Remisshantering (2016)

2.1.1 Åtgärder

Granskningen från 2016 av Region Norrbottens (dåvarande Norrbottens läns landsting) remisshantering hade i syfte att granska om regionstyrelsen (dåvarande landstingsstyrelsen) arbete med remisser hanteras på ett ändamålsenligt sätt och med en intern kontroll. Bedömningen var att styrelsen till *övervägande del* säkerställde att remisser hanteras på ett ändamålsenligt sätt, samtidigt som styrelsens interna kontroll var *bristande*.

Revisorernas bedömning baserades på följande:

- Ansvaret för framtagande och beslut av styrdokument följde inte fullt ut Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med flera.
- En av tre granskade hälsocentraler hade inte tagit fram och fastställt lokalt anpassade rutiner för remisshantering. Även om granskningen visade att det fanns ett upparbetat arbetssätt på hälsocentralen, gjordes bedömningen att det fanns en uppenbar risk och sårbarhet i dåvarande upplägg.
- Sekretesshanteringen skiljde sig åt mellan de specialistmottagningar som ingick i granskningen.
- Uppföljningen av remisshantering var på övergripande nivå delvis tillräcklig. Information om landstingets följsamhet till vårdgarantin, och via arbetet med standardiserade vårdförlopp, gav en viss övergripande indikation på effektivitet i remissflödet och följsamhet till upprättade rutiner.

På regionstyrelsens sammanträde, 2017-05-03 § 103, fattade styrelsen följande beslut:

- regiondirektören fick i uppdrag att säkerställa att anvisningen för remisshantering tillämpas och följs upp och återrapporeras till regionstyrelsen.

2.1.2 Styrning, kontroll och rapportering

På regionstyrelsens sammanträde 2017-12-19 § 231 återrapporerade regiondirektören sina uppdrag. I redovisningen ingick även uppdragen kring remisshanteringsgranskningen där följande togs upp:

- riktlinjer för remisser fanns. Verksamheterna fastställde sedan lokala rutiner och gjorde dem kända och säkerställde att dessa tillämpades.
- ett utvecklingsarbete pågick gällande användandet av elektroniska remisser.
- kommunikationsinsatser kring elektroniska remisser samt "egen vårdbegäran" till vården och privata vårdgivare var planerat
- riktade insatser till verksamheterna där behov fanns pågick

Efter regiondirektörens rapportering 2017-12-19 kan vi inte finna ytterligare rapportering som styrelsen tagit del av som berör remisshantering och de tagna besluten.

2.1.3 Beslut för granskningsområdet

Utifrån ovan återrapportering från regiondirektören fattade styrelsen inga aktiva beslut för vidare åtgärder, exempelvis i form av tidplan för ytterligare återrapportering/uppföljning. Detta trots att vissa åtgärder inom det område som revisionens granskning avsåg befann sig i ett planeringsstadium, exempelvis kommunikationsinsatser för elektroniska remisser samt egen vårdbegäran. Vi kan heller inte inom ramen för vår granskning finna andra styrelsebeslut som berör styrning inom granskningsområdet utifrån tidigare iakttagna brister.

Dock har regionstyrelsen, efter den rapportering som erhållits, följt utvecklingen inom granskningsområdet genom de mål som finns upprättade för området.

2.1.4 Kvarstående åtgärdsbehov

Det är utifrån vår granskning inte möjligt att fastställa att regionstyrelsen analyserat om det finns kvarstående åtgärdsbehov.

Däremot följer regionstyrelsen området inom ramen för övrig återrapportering i form av divisionernas årsrapporter, uppföljning av måluppfyllelse för fastställda mål samt genom den verksamhetsinformation som lämnas i regiondirektörens rapport till styrelsen.

I dialog med verksamhetsföreträdare erhåller vi dock information om följande:

- Inom regionen har en ny anvisning för Region Norrbottens remisshantering publicerats december 2018 med syfte att tydliggöra omfattningen av enhetlig remisshantering inom Region Norrbotten. Detta i syfte att säkerställa patientsäkerhet samt tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- Anvisningen omfattar alla verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Norrbottens verksamheter. Vidare beskrivs att verksamhetschefen har ansvar för att det är förankrade och tillämpas i verksamheten.
- Alla remisser handläggs i vårdsystemet VAS. För arbetet med remisser i VAS finns dels en rutin som beskriver remissfunktioner utifrån ett patientperspektiv, samt en rutin för bevakning med beskrivning av ansvar för och handläggning av eventuella avvikelser som upptäcks i samband med remisshantering.
- Uppföljning av antal remisser gällande inkommande, vidarebefordrade, returnerade, besvarade samt remiss kopplad till vårdkontakt finns tillgänglig i regionens verksamhetsstatistik i uppföljningsportalen.
- Uppföljning av avvikelser kopplad till remisshantering registreras i regionens avvikelshanteringssystem, Synergi.

2.1.5 Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Vilka åtgärder har, utifrån regionstyrelsens behandling av granskningen, beslutats och vidtagits?	Vi bedömer att regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder vid behandling av granskningen. <ul style="list-style-type: none">- bedömningen baseras på att styrelsen gett uppdrag till regiondirektören att säkerställa att anvisningarna för remisshantering tillämpas.
I vilken utsträckning har granskningsområdet omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?	Vår bedömning är att rapportering till styrelsen har skett i tillräcklig utsträckning. <ul style="list-style-type: none">- bedömningen baseras på att styrelsen erhållit återrapportering gällande granskningsområdet utifrån tidigare fattade beslut.
I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett regionstyrelsen att fatta aktiva beslut för granskningsområdet?	Vår bedömning är att styrelsen delvis fattat aktiva beslut för granskningsområdet utifrån den kontroll och rapportering som skett. Förvisso finner vi att styrelsen inte fattat aktiva beslut utifrån erhållen återrapportering. Styrelsen har dock löpande kunnat följa utvecklingen inom området, vilken - som vi beskriver ovan - har varit i positiv riktning. Utifrån detta får det antas att styrelsen inte funnit skäl att fatta särskilda styrande beslut med anledning av erhållen återrapportering.
Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?	Vår bedömning är att styrelsen genom den redovisning av måluppfyllelse som sker samt genom information i regiondirektörens rapporter på så sätt tillhandahållit löpande information om att det finns kvarstående åtgärdsbehov inom området. De åtgärdsbehov som påvisats redogörs för under revisionsfrågans iakttagelse-avsnitt.

2.2 Eftervården vid hjärtinfarkt (2015)

2.2.1 Sammanfattning av tidigare rapport

Tidigare uppföljande granskning, februari 2019, kom fram till att en expertgrupp för hjärtsvikt hade bildats utifrån de intervjuer som skedde i samband med granskningen. Bildandet av gruppen var dock försenat utifrån styrelsens beslut inom området då det funnits svårigheter att bemanna en expertgrupp på grund av det flertal olika kompetenserna som krävdes. Det framkom även från intervjuer att det fanns ett behov av att upprätta ytterligare expertgrupp inom hjärtsjukvård som då också inkluderade vård vid hjärtinfarkt.

Slutsatserna som drogs i den uppföljande granskningen var att styrelsen hade fattat beslut om åtgärder, att åtgärderna var genomförda samt att återrapporteringen till styrelsen skedde i sådan omfattning att den interna kontrollen inom området var tillräckligt.

2.2.2 Åtgärder

Syftet med granskningen av eftervården vid hjärtinfarkt var att granska om regionstyrelsen säkerställt att den eftervård som erbjöds inom sjukhusvården och primärvården var ändamålsenlig. Bedömningen blev att styrelsen i begränsad del säkerställt att eftervården var ändamålsenlig. Bedömningen baserades på följande:

- Det saknades upprättad statistik som kunde ge en övergripande bild över granskningens patientgrupp.
- Ett landstingsövergripande arbete för att motverka oskäliga skillnader i medicinska resultat, beroende på geografi eller kön vad gäller patientgruppen, skedde inte.
- Berörd personal hade en låg kännedom om avsnittet gällande sekundärpreventiva åtgärder i regionens riktlinje "Akuta hjärtan".
- Uppföljning av följsamhet till evidensbaserade åtgärder inom sekundärprevention skedde, men utrymme fanns att involvera fler av hälsocentralerna i högre utsträckning.
- Trots att uppdrag till dåvarande landstingsdirektören getts om att tillsätta en expertgrupp inom hjärtsjukvård hade detta inte verkställts.

På sammanträde 2016-09-28 § 163, la regionstyrelsen rapporten till handlingarna med följande kommentarer:

- bildandet av expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar med uppgift att samla representanter med olika kompetenser från primärvård och sjukhusvård var prioriterad och regiondirektören fick till uppdrag att säkerställa att en sådan bildats hösten 2016.
- underlag för området hjärt- och kärlsjukdomar fanns men behövde uppdateras och göras kända inom primär- och specialiserad vård. Handlingslinjer för rutiner och information skulle användas enligt Landstinget Västernorrlands (Region Västernorrland) förlaga.
- gällande medicinska resultat och evidensbaserade åtgärder konstaterade styrelsen skillnader. Styrelsen följer upp två styrmått: *Andel hjärtsjukvård med diagnos hjärt- och kärlsjukdom som får sekundärprevention (läkemedelsbehandling)*, samt *andel av individer med hjärt- och kärlsjukdom som fått fråga om levnadsvana*.

2.2.3 Styrning, kontroll och rapportering

I regiondirektörens rapport som redovisas för styrelsen under sammanträde 2017-03-01 §38, nämns att expertgruppen för hjärtsvikt då var under uppstart samt att en ordförande och koordinator för gruppen hade tillsatts. Under sammanträdet behandlades även årsredovisning för år 2016 där det nämns att gruppen än inte hade bildats.

Under sammanträdet 2020-03-04 § 31, redovisades regiondirektörens rapport som nämnde att den befintliga expertgruppen skulle komma att bli en lokal arbetsgrupp i den

nya kunskapsstyrningen¹. Enligt de underlag vi erhåller i granskningen bildades expertgrupp för hjärtsvikt i maj/juni 2017.

Expertgruppens uppdrag är enligt uppdragsbeskrivningen följande:

- Expertgruppen ska på en regionövergripande nivå samla in och analysera resultat samt ge förslag på förbättringsområden till linjeorganisationen.
- Utifrån förslagen fastslås i samråd med linjeorganisationen divisionens mål. Detta i syfte att skapa en god, kostnadseffektiv och jämlik vård i hela länet och bidra till att initiera klinisk forskning inom ämnesområdet.

Expertgruppen skall även ha följande roll i uppföljning och analys inom området inom regionen:

- Identifiera förbättringsbehov, sätta mål och föreslå uppföljningsparametrar utifrån en analys med stöd av Värdekompassen²
- Följa upp användning av läkemedel samt i förekommande fall ansvara för att riktlinjer överensstämmer med läkemedelskommitténs rekommendationer

I regiondirektörens rapport till styrelsen 2016-04-27 § 80 nämndes att Utvecklingsrådet³ hade fattat beslut om dokumentstrukturen för vårddokument samt att införa behandlingslinjer enligt Region Västernorrlands modell. Vi kan inte styrka att styrelsen erhållit någon vidare uppföljning inom området.

De två styrmåtten som fanns följdes upp via delår- och årsrapporter. Från och med årsredovisningen 2017 har dock det ena styrmåttet, andel som får sekundärprevention, upphört med förklaringen att måttet inte kunde mätas. Det andra styrmåttet har fortsatt att rapporteras. Vår granskning visar dock att återrapportering skett till viss del med bristande intervall. Som exempel kan nämnas att det i årsredovisningen för 2019 endast sker en enklare beskrivning av styrmåttet utan någon procentuell målredovisning för andel som fått fråga om levnadsvana. Här kan även nämnas att styrmåttet för andel av individer med hjärt- och kärlsjukdom som fått fråga om levnadsvana vid delårsrapport 2019 per augusti uppgick till 68 procent för män och 62 procent för kvinnor, jämfört med målet om 70 procent.

¹ Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. - <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>

² Metoden Värdekompassen är utvecklad för att vara till stöd för enskilda arbetsgrupper som vill förbättra sina processer och därigenom öka värdet av vårdens insatser för patienterna (Värdekompass & Orienteringsblad - FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, landstingsförbundet)

³ Utvecklingsrådet är ett utskott från regionens ledningsgrupp med särskilt fokus på samordning, koordinering, prioritering och styrning av stora och övergripande utvecklingsprojekt som har för avsikt att introduceras eller implementeras i någon av regionens verksamheter (Region Norrbottens årsredovisning 2018, sid 41).

2.2.4 Beslut för granskningsområdet

Utifrån vår granskning kan vi inte styrka att styrelsen har fattat några aktiva beslut för granskningsområdet utifrån den rapportering som styrelsen tagit del av.

Dock har regionstyrelsen, efter den rapportering som erhållits, följt utvecklingen inom granskningsområdet genom de mål som finns upprättade för området.

2.2.5 Kvarstående åtgärdsbehov

Vi kan, så som nämns ovan, konstatera att en expertgrupp för hjärtsvikt har bildats och att denna bedriver ett arbete inom ramen för regionens kunskapsstyrning. Vid intervju med företrädare för regionens kunskapsstyrning nämns att expertgruppen bedriver arbete och där det under 2020 tilldelats visst administrativt stöd för gruppens arbete. Utmaningar för framtiden som nämns är tydliggörande av expertgruppens roll för regionens organisation och verksamhetsföreträdare.

2.2.6 Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Vilka åtgärder har, utifrån regionstyrelsens behandling av granskningen, beslutats och vidtagits?	Vi bedömer att regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder vid behandling av granskningen. - bedömningen baseras på att styrelsen gett uppdrag till regiondirektören samt analyserat åtgärder som bör motverka granskningsområdets brister.
I vilken utsträckning har granskningsområdet omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?	Vår bedömning är att rapportering till styrelsen har skett i tillräcklig utsträckning.
I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett regionstyrelsen att fatta aktiva beslut för granskningsområdet?	Vår bedömning är att styrelsen delvis fattat aktiva beslut för granskningsområdet utifrån den kontroll och rapportering som skett. Förvisso finner vi att styrelsen inte fattat aktiva beslut utifrån erhållen återrapportering. Styrelsen har dock löpande kunnat följa utvecklingen inom området, vilken - som vi beskriver ovan - har varit i positiv riktning. Utifrån detta får det antas att styrelsen inte funnit skäl att fatta särskilda styrande beslut med anledning av erhållen återrapportering.
Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?	Vår bedömning är att styrelsen genom den redovisning av måluppfyllelse som sker samt genom information i regiondirektörens rapporter på så sätt tillhandahållit löpande information om att det finns kvarstående åtgärdsbehov inom området. De åtgärdsbehov som påvisats redogörs för under revisionsfrågans iakttagelse-avsnitt.

2.3 Patientsäker läkemedelshantering (2014)

2.3.1 Åtgärder

Syftet med granskningen av Region Norrbottens läkemedelshantering var att bedöma om regionstyrelsen hade en tillräcklig intern kontroll som säkerställde att läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser utfördes enligt riktlinjer. Den interna kontrollen bedömdes inte i tillräcklig utsträckning säkerställa en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering. Bedömningen baserades främst på följande:

- uppföljningen av läkemedelshanteringen behövde utvecklas.
- det gick inte i journaldokumentationen att spåra om läkemedelsgenomgångar genomfördes.
- läkemedelsberättelser upprättades i relativt begränsad utsträckning.

Från styrelsens behandling av rapporten, 2015-05-27 § 17, framgår följande:

- styrelsen konstaterade verksamheternas kunskap och kompetens som tillräcklig, samt att det fanns en tydlig styrning av verksamheternas ansvar för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser.
- Styrningen bedömdes av styrelsen dock inte fått avsedd effekt. Division Närsjukvård och Länssjukvård skulle under hösten 2015 genomföra extra satsning på läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser. Satsningen syftade till att verksamheterna upprättade lokala rutiner som följdes i vardagen.
- Målen för satsningen var att 70 procent av patienterna i målgruppen⁴ vid utskrivning skulle få med en utskriven läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista.
- 50 procent skulle vidare ha en läkemedelsgenomgång. Detta bedömde styrelsen som tillräckligt för att förutsättningarna skulle öka och läkemedelsgenomgångar samt läkemedelsberättelser därmed genomföras i tillräcklig omfattning.

2.3.2 Styrning, kontroll och rapportering

Styrelsen har fått kontinuerlig rapportering via månadsrapporter från både när- och länssjukvården fram till verksamhetsår 2017. Detta då beställningen av uppföljningen upphörde 2017. Efter det upprättades båda målen inom perspektivet *verksamhet i styrelsens plan*, och finns fortsatt i den nya planen 2020-2022. Målet om läkemedelsgenomgång är i dagsläget ett kontrollmått som följs av regiondirektören och redovisas som ett kontrollmått i delårsrapport och årsredovisning. Vid den sista rapportering från divisionerna, 2017-03-01, för 2016 års uppföljning rapporterade länssjukvården om en ny handlingsplan som tagits fram, *läkemedel - implementering av rutin och arbetssätt för patientinfo och läkemedelsgenomgång*, i syfte att nå måluppfyllelse. Division närsjukvård hade inte tagit fram en handlingsplan men var medvetna om bristerna i måluppfyllelse och därför listat aktiviteter för att nå måluppfyllelse, se exempel nedan:

- Förbättring av journaldiktat från läkare.
- Information till läkarsekreterare för att fånga otydliga diktat.

⁴ För Närsjukvården bestod målgruppen av patienter 75 år eller äldre, som är ordinerade minst fem läkemedel. För Länssjukvården bestod målgruppen av patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel uthämtat under senaste 12 månaderna samt ett vårdtillfälle inom länssjukvården under aktuellt år.

- Bättre information till stafettläkare om dokumentationsrutiner.
- Nytt arbetssätt kring läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare

Förutom divisionernas rapportering har även regiondirektören rapporterat kring målen och divisionernas måluppfyllelse. Detta har skett en gång, 2016-06-02 § 108, för respektive division och mål.

2.3.3 Beslut för granskningsområdet

Rapportering skedde tidigare inom ramen för uppföljning av beställningarna genom hur respektive division låg till jämfört med målen om 70 respektive 50 procent.

Närsjukvården rapporterade till styrelsen, 2015-10-28, en måluppfyllelse på 50 procent (mål=70 procent) av patienter i målgrupp som vid utskrivning fått med sig en läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista. Andel av patienter i målgrupp som fått en läkemedelsgenomgång var sju procent (mål=50 procent). På styrelsens sammanträde 2017-03-01 redovisade divisionen en måluppfyllelse för läkemedelsberättelse på 57 procent (mål=70).

Division länssjukvård redovisade, 2015-10-28 en måluppfyllelse om fyra procent på läkemedelsberättelse (mål=70 procent) samt lägre än en procent för läkemedelsgenomgångar. Vid den slutliga rapportering, 2017-03-01, redovisade divisionen en måluppfyllelse om tre procent för läkemedelsberättelse samt lägre än en procent för målet om läkemedelsgenomgång.

Målen har som ovan nämnt inrättats i styrelsens plan efter att divisionernas beställningar och tillhörande uppföljningar upphörde. Målen finns med i rapportering av delårsrapport och årsredovisning. Rapporteringen innehåller såväl procentnivå som information via text kring arbetet med målet.

2.3.4 Kvarstående åtgärdsbehov

I Region Norrbottens delårsrapport per augusti 2020 är delmålet för läkemedelsberättelser om 60 procent uppnått för män och kvinnor sammantaget.

Som ett led i att höja målnivån erhåller vi information om att det i arbetet med att ta fram regionstyrelsens plan för perioden 2021-2023 föreslås en höjning av målvärdet för skriftliga läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvården från 60 till 70 procent.

2.3.5 Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Vilka åtgärder har, utifrån regionstyrelsens behandling av granskningen, beslutats och vidtagits?	Vi bedömer att regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder vid behandling av granskningen. <ul style="list-style-type: none">- bedömningen baseras på att styrelsen nämnt åtgärder som bör motverka granskningsområdets brister.
I vilken utsträckning har granskningsområdet omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?	Vår bedömning är att rapportering till styrelsen har skett i tillräcklig utsträckning. <ul style="list-style-type: none">- bedömningen baseras på att styrelsen fått kontinuerlig återrapportering som berör granskningsområdet
I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett regionstyrelsen att fatta aktiva beslut för granskningsområdet?	Vår bedömning är att styrelsen delvis fattat aktiva beslut för granskningsområdet utifrån den kontroll och rapportering som skett. Förvisso finner vi att styrelsen inte fattat aktiva beslut utifrån erhållen återrapportering. Styrelsen har dock löpande kunnat följa utvecklingen inom området, vilken - som vi beskriver ovan - har varit i positiv riktning. Utifrån detta får det antas att styrelsen inte funnit skäl att fatta särskilda styrande beslut med anledning av erhållen återrapportering.
Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?	Vår bedömning är att styrelsen genom den redovisning av måluppfyllelse som sker samt genom information i regiondirektörens rapporter på så sätt tillhandahållit löpande information om att det finns kvarstående åtgärdsbehov inom området. De åtgärdsbehov som påvisats samt som planeras för redogörs för under revisionsfrågans iakttagelse-avsnitt.

2.4 Egenvården (2015)

2.4.1 Åtgärder

Granskningen av egenvård syftade till att bedöma om regionens rutiner i samband med bedömning om patienters egenvård var ändamålsenliga samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget var tillräcklig. Egenvården bedömdes ej vara ändamålsenlig samt med en otillräcklig intern kontroll. Bedömningarna baserades på följande:

- styrelsen hade inte upprättat direktiv i dess ledningssystem som innehöll rutiner för bedömning, samråd och planering i samband med egenvård.
- styrelsen hade inte uppdragit till verksamhetschef-/erna att fastställa rutiner för egenvård.

På sammanträdet, 2015-09-30 § 185, beslutade styrelsen att lägga rapporten till handlingarna med följande kommentarer kring åtgärder, där regiondirektören fick i uppdrag att säkerställa dess genomförande:

- dokumentet "gemensamma riktlinjer för samverkan" skulle ses över och revideras inför den nya lagstiftningen gällande betalningsansvar. Översynen skulle sedan beslutas av styrelsen.
- riktlinjen för egenvården skulle uppdateras under hösten 2015. Vidare skulle även en checklista för när egenvårdsbedömning kunde ske tas fram. Denna riktlinje, tillsammans med checklistan, skulle göras känd i de befintliga ledningsstrukturerna och i samband med utbildningar av dokumentet "gemensamma riktlinjer för samverkan".
- ledningssystemet skulle uppdateras så att samverkansriktlinjerna och riktlinjen för egenvård blev mer lättåtkomliga.
- en ny och regionövergripande dokumentationsrutin skulle testas och breddinföras.
- strukturen och terminologin i Synergi (databas) hade förändrats vilket gjorde det möjligt att rapportera och följa avvikelser kopplat till egenvårdsbedömning.

2.4.2 Styrning, kontroll och rapportering

På styrelsens sammanträde 2016-04-27 § 80, har regiondirektören i sin rapport rapporterat enligt följande:

- en anvisning, som även innehöll en checklista, har utarbetats
- en ny och tydligare regionövergripande dokumentationsrutin för egenvård har tagits fram
- förändringarna ska komma att inarbetas i "gemensamma riktlinjer för samverkan"
- uppdatering av ledningssystemet hade skett vilket skulle leda till att samverkansriktlinjerna och anvisningen för egenvård blir lätta att hitta på NLLplus
- rutin och anvisning var godkända och dokumentationsrutinen testades i liten skala innan implementering sker i samtliga verksamheter.
- strukturen i Synergi har ändrats så att det var möjligt att avskilja avvikelser som egenvårdsbedömningar

2.4.3 Beslut för granskningsområdet

Likt vid andra rapporter av landstingsdirektör/regiondirektör fattade styrelsen inte några beslut utifrån direktörens rapportering.

Regionstyrelsen beslutade om "gemensamma riktlinjer och samverkan" vid sitt möte 2017-12-19 dnr 04392-2017.

Vi erhåller utifrån detta vid dialog med verksamheten information om att breddinförande av egenvårdsbedömning har skett i samband med införandet och utbildning gällande "Gemensamma riktlinjer för samverkan". Anvisningen och rutinen är kommunicerad till verksamheterna senast 2018-12-11.

2.4.4 Kvarstående åtgärdsbehov

Genom de avstämningar vi genomfört får vi i vår granskning information om att det främst är översyn av "gemensamma riktlinjer för samverkan" som är ett kvarstående

åtgärdsbehov som just nu åtgärdas. Dessa kommer därefter att presenteras för regionstyrelsen för ev. beslut..

2.4.5 Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning
Vilka åtgärder har, utifrån regionstyrelsens behandling av granskningen, beslutats och vidtagits?	<p>Vi bedömer att regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder vid behandling av granskningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - bedömningen baseras på att styrelsen gett uppdrag till regiondirektören att säkerställa åtgärdernas genomförande.
I vilken utsträckning har granskningsområdet omfattats av politisk styrning och kontroll inklusive rapportering till regionstyrelsen?	<p>Vår bedömning är att rapportering till styrelsen har skett i delvis tillräcklig utsträckning.</p> <ul style="list-style-type: none"> - bedömningen baseras på att styrelsen fått återrapportering gällande åtgärder inom granskningsområdet.
I vilken utsträckning har sådan kontroll/rapportering föranlett regionstyrelsen att fatta aktiva beslut för granskningsområdet?	<p>Vår bedömning är att styrelsen delvis fattat aktiva beslut för granskningsområdet utifrån den kontroll och rapportering som skett.</p> <p>Förvisso finner vi att styrelsen inte fattat aktiva beslut utifrån erhållen återrapportering. Styrelsen har dock löpande kunnat följa utvecklingen inom området, vilken - som vi beskriver ovan - har varit i positiv riktning. Utifrån detta får det antas att styrelsen inte funnit skäl att fatta särskilda styrande beslut med anledning av erhållen återrapportering.</p>
Finns kvarstående åtgärdsbehov och i så fall vilka?	<p>Vår bedömning är att styrelsen genom den redovisning av måluppfyllelse som sker samt genom information i regiondirektörens rapporter på så sätt tillhandahållit löpande information om att det finns kvarstående åtgärdsbehov inom området.</p> <p>De åtgärdsbehov som påvisats samt planeras för redogörs för under revisionsfrågans iakttagelse-avsnitt.</p>

2020-10-29

*Hans Forsström
Certifierad kommunal
revisor
Uppdragsledare*

*Erik Jansen
Projektledare*

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Norrbottens förtroendevalda revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2020-02-05. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.