

PM

*Samlad uppföljning av
tidigare genomförda
granskning*

Region Norrbotten

*Marie Lindblad, Cert.
kommunal revisor*

*Susanna Huber,
Jacob Svensson,
Erik Jansen,
Revisionskonsulter*

Januari 2018

pwc

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Revisionsfråga	3
1.3. Kontrollfrågor.....	3
1.4. Avgränsning.....	3
1.5. Metod.....	4
1.6. Faktakontroll	4
2. Iakttagelser och bedömningar.....	5
2.1. Sjukresor.....	5
2.2. Intern kontroll inom EKO-området	7
2.3. Missbruks- och beroendevården	9
2.4. Landstingets interna kontroll av ersättning till privata sjukgymnaster	12
2.5. Landstingets projektverksamhet, intern kontroll	14
2.6. Läkemedelsförskrivning, den interna kontrollen inom landstinget	16
2.7. Jämlik barnhälsovård.....	17
2.8. Patientsäker läkemedelshantering – läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser.....	19
3. Aggregerad analys	22
4. Sammanfattande revisionell bedömning.....	24
4.1. Sammanfattande revisionell bedömning	24

Sammanfattning

PwC har på Region Norrbottens revisorers uppdrag genomfört en samlad uppföljning av åtta tidigare genomförda revisionsgranskningar från åren 2012 och 2014.

Uppföljningen syftar till att besvara följande revisionsfråga:

Har Regionstyrelsen vidtagit åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, samt är den interna kontrollen inom området tillräcklig?

Nedan redovisas en samlad matris med uppföljningens resultat:

	Beslut om åtgärder	Åtgärdernas status identifierad	Tillräcklig internkontroll
1. Sjukresor		Brister i genomförande	
2. Intern kontroll inom EKO		Brister i genomförande	
3. Missbruks- och beroendevården			
4. Ersättning till privata sjukgymnaster			
5. Landstingets projektverksamhet			
6. Internkontroll inom läkemedelsförskrivning			
7. Jämlik barnhälsovård		Kan ej bedömas	
8. Patientsäker läkemedelshantering		Brister i genomförande	

Grönt = kontrollmål uppfyllt, gult = till övervägande del uppfyllt, orange = i begränsad utsträckning uppfyllt, rött = ej uppfyllt.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att Regionstyrelsen **till övervägande del** vidtagit åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, 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 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 2012 och 2014.

1.2. Revisionsfråga

Uppföljningen syftar till att besvara följande revisionsfråga:

Har Regionstyrelsen vidtagit åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, samt är den interna kontrollen inom området tillräcklig?

1.3. Kontrollfrågor

Uppföljningens revisionsfråga besvaras med följande kontrollfrågor:

- Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån respektive gransknings slutsatser/rekommendationer?
- Går det att på ett tillfredsställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats utifrån respektive granskning?
- Sker återrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?

1.4. Avgränsning

Uppföljningen omfattar åtta fördjupade revisionsprojekt som berört regionstyrelsen (fd landstingsstyrelsen). Granskningarna är:





1. Sjukresor, 2012
2. Intern kontroll inom EKO-området, 2012
3. Missbruks- och beroendevården, 2012
4. Landstingets interna kontroll av ersättning till privata sjukgymnaster, 2012
5. Landstingets projektverksamhet, intern kontroll, 2014
6. Läkemedelsförskrivning, den interna kontrollen inom landstinget,
7. Jämlik barnhälsovård, 2014
8. Patientsäker läkemedelshantering – läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser, 2014

1.5. Metod

Granskningen genomförs 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 och/eller politiker.
- Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomföra åtgärder och utveckling, samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.
- Analys av statusen för respektive granskning som följts upp, samt aggregerad analys utifrån helhetsbilden.

Bedömningsskala som används för revisionsfråga och kontrollområden:

Ändamålsenlighet		Intern kontroll
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 dem som berörts av respektive uppföljning.

2. *Iakttagelser och bedömningar*

I detta kapitel behandlas de åtta granskningar vi följt upp. För respektive granskning beskrivs i korthet vad granskningen visade (här låter vi påtalade brister stå i fokus), samt vilka åtgärder/uppdrag som landstingsstyrelsen beslutade om i samband med att den behandlade rapporten. Därefter följer en beskrivning av hur dessa åtgärder/uppdrag verkställts av landstingsdirektör och berörda verksamheter. Slutligen beskrivs vilken återkoppling som styrelsen erhållit gällande åtgärderna/uppdragen, samt vår bedömning av de tre kontrollfrågorna. Utöver detta innehåller de flesta avsnitt även en nulägesbeskrivning, vilken syftar till ge läsaren aktuell information inom respektive område.

2.1. *Sjukresor*

2.1.1. *Sammanfattning av tidigare granskning*

Granskningen (behandlad av revisorerna 2012-04-25) omfattade landstingsstyrelsens rutiner för medicinsk bedömning av rättighet till sjukresor och ändamålsenligheten av densamma.

Av granskningen framkom brister i huvudsak kopplade till den medicinska bedömning som görs inför patientens hemresa, dvs resan från vårdenhet till hemort. Revisorernas bedömning var att rutin för bedömning av patientens färdväg vid hemresa saknades, men landstingsstyrelsen konstaterade att en sådan rutin utarbetats och fanns tillgänglig på *nllplus*. Vidare återfanns skillnader i bedömning av färdväg beroende på vilken yrkeskategori som utförde den medicinska bedömningen för sjukresan. Ingen dokumentation av den medicinska bedömningen som görs för val av färdväg vid sjukresor hittades.

2.1.2. *Regionstyrelsens beslutade åtgärder*

I kommentar till revisionsrapporten (2013-09-27 § 164) gav Landstingsstyrelsen landstingsdirektören i uppdrag att:

- Utforma ett standardiserat intyg att använda vid bedömning av behov av färdmedel. Behovet av eventuella följeslagare skulle också framgå av intyget.
- Följa upp att bedömningsrutinen för sjukresor från vårdinrättningar var känd av och tillämpades av verksamheterna.
- Att tillse att det utarbetades lämpliga sökord och en rutin för dokumentationen av beslut om val av färdmedel i patientens journal.

2.1.3. *Åtgärdernas status*

Intyg

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 5 mars 2013 gällande uppföljning av revisionsrapporter 2010-2012 (§ 164-2012) rapporterades att arbete med att ta fram förslag till ett standardiserat intyg pågick (under 2013). Förslaget till intyg skulle bedömas av enhetschefer inom vården, för att sedan göras känt i verksamheterna när det var färdigt.

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 30 januari 2014 gällande uppföljning av revisionsrapporter 2010-2013 tillkommer ytterligare rapportering gällande intyget (§ 164-2012). Här framgår att ett intyg för sjukresor med dyrare färd sätt som taxi, ensamåkare i taxi, flyg etc nu tagits fram. Intyget omfattar även behovet av eventuella följeslagare. Detta gjordes i samarbete med Beställningscentralen vårdverksamheter.

I intervju har bekräftats att det framtagna intyget rörande sjukresor med dyrare färd sätt svarar mot det "standardiserade intyg" som styrelsen beslutade skulle tas fram.

Bedömningsrutin för sjukresor

Under denna uppföljning har vi inte kunnat bekräfta att konkreta åtgärder vidtogs i syfte att fullgöra styrelsens uppdrag att göra bedömningsrutinen känd och tillämpad. Under intervju har framgått att brister fortfarande föreligger vad gäller verksamheternas kännedom om, och tillämpning av, den rutin som finns för bedömning av sjukresa från vårdinrättningen. Detta arbete uppges "*behöva ett omtag*".

Sökord och dokumentation

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 5 mars 2013 gällande uppföljning av revisionsrapporter 2010-2012 (§ 164-2012) framgår att "*möjligheten att dokumentera i patientens journal under sökordet kommer att finnas från och med den 1 mars 2013*".

Av intervju har framkommit att sökordet *bedömning* ska användas vid dokumentation av beslut om val av färdmedel i patientens journal och skall utgöra ett verktyg för att enkelt kunna spåra vem som gjort bedömningen och på vilka grunder. Dock uppges det vara svårt att följa upp om sökordet används för dokumentation rörande just sjukresor, eftersom det är ett sökord som ofta används även i andra sammanhang av vårdokumentation.

Vidare har under denna uppföljning framkommit att rutin för journaldokumentation av beslut om val av färdmedel i samband med sjukresor saknas. Enligt uppgifter vi tagit del av är det "*ytterst få*" verksamheter som känner till att den medicinska bedömningen ska dokumenteras i patientens journal. Således saknas förutsättningar för att mha journaldokumentation följa upp av hur många patienter som beviljats en viss typ av sjukresa.

2.1.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Återrapportering till regionstyrelsen har skett vid två tillfällen, i landstingsdirektörens rapporter till landstingsstyrelsen den 5 mars 2013 respektive den 30 januari 2014. Vid första tillfället gavs en lägesuppdatering om att ett standardiserat intyg samt sökord var under framtagande. Vid andra tillfället bekräftades att intyget tagits fram.

Under denna uppföljning har vi inte kunnat hitta någon återrapportering av uppdraget att följa upp att bedömningsrutinen för sjukresor är känd av och tillämpas i verksamheterna.

Vi noterar även att ärendet i och med landstingsdirektörens rapportering den 30 januari 2014 förklaras avslutat. Detta innan samtliga åtgärders slutliga status återrapporterats.

2.1.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Till övervägande del

2.1.6. Nulägesbild

Under denna uppföljning har framkommit att en enkät genomfördes år 2017 i vilken chefer inom närsjukvården fick besvara frågor angående bedömningsrutinen för sjukresor. Ca en tredjedel av de 16 respondenterna uppgav att de hade en rutin för bedömning av färdsätt från vårdenheten till hemmet. Endast en chef uppgav att den använde det standardiserade intyget för medicinsk bedömning och dokumenterade bedömningen i journalsystemet VAS.

Vid avstämning med regiondirektören kring de iakttagelser vi gjort under uppföljningen bekräftas att fortsatt arbete inom detta område behövs. Regiondirektören uppger exempelvis att regelverket kring sjukresor behöver ses över då det i vissa avseenden är svårtolkat.

2.2. Intern kontroll inom EKO-området

2.2.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (behandlad av revisorerna 2012-06-05) omfattade landstingsstyrelsens interna kontroll inom EKO-området (Etik, Korruption, Oegentligheter).

Revisionsgranskningen visade att det förelåg ett behov av att analysera och överväga en utveckling av den interna kontrollen inom EKO-området. Det framkom att det inom Landstinget inte fanns något samlat dokument som beskrev värdegrund, etik och moral, eller dokumentation som tydliggjorde grunder för och följer av otillåtna handlingar och beteenden. Det saknades rutiner, riktlinjer och övriga vägledande dokument som kan utgöra stöd för såväl chefer som anställda vid eventuella misstankar om t ex oegentligheter.

Granskningen visade även att det inom landstinget inte gjorts någon dokumenterad riskbedömning med utgångspunkt i ett EKO-perspektiv. Det saknades systematiserad kontroller utifrån identifierade risker, med undantag av de som gjordes av administrativ service i det löpande arbetet. Det hade inför styrelsen inte redovisats någon plan för uppföljning av den interna kontrollen eller någon löpande rapportering av densamma.

2.2.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

I kommentaren till revisionsrapporten (2013-09-27 § 165) bekräftade Landstingsstyrelsen att det förelåg behov av att förbättra den interna kontrollen. Styrelsen förde in i protokollet att ett arbete redan pågick med att ta fram tillämpningsanvisningar för intern kontroll samt förslag på hur internkontrollplan och uppföljningen av den framgent skulle redovisas.

Med bakgrund av revisionsgranskningen gavs landstingsdirektören i uppdrag att genomföra en översyn av vilka förbättringar och riskbedömningar, sett ur ett EKO-perspektiv, som borde genomföras inom landstinget.

2.2.3. Åtgärdernas status

Under denna uppföljning har vi inte kunnat bekräfta att en översyn genomfördes i enlighet med styrelsens beslut. Dock har framkommit att vissa förbättringar genomfördes.

Inom Division service vidtogs följande åtgärder för att förbättra de synpunkter som framkom i revisionsgranskningen (2012-06-05):

- En rutinbeskrivning för moral och etik i yrkesrollen återfinns nu inom Regionfastigheters kvalitetssystem som hålls aktuell bl.a. genom att efterlevnad och/eller frågeställningar kopplade till dess innehåll tas upp på möten.
- I introduktion av nya medarbetare och chefer ska regionens policy ”Etiska regler för kontakt- och relationsfrämjande förmåner” gås igenom.
- I ledningsrutin för Gemensam agenda för arbetsplatsträffar (APT) finns Etik och Moral med på checklistan och gås igenom minst en gång per år.

I återrapportering från landstingsdirektör till landstingsstyrelsen (2014-01-30) beskrivs följande åtgärder vidtogs:

- Skrivning om bonus till den enskilda resenären vid tjänsteresor är borttaget från regelverket eftersom det inte finns någon möjlighet för landstinget att kontrollera detta. Medarbetarens ansvar vid tjänsteresa framgår dock av landstingets regler och riktlinjer.
- Regionstyrelsen beslutade att anta överenskommelse av samverkansregler (rekommenderat av SKL 2013-11-15) gällande möjligheter att finansiera medarbetarnas resor, kost och logi i samband med extern fortbildning eller konferens. Regelverket gäller även högre tjänstemän. Reglerna om möjligheter och skyldigheter att erbjuda produkt- och serviceinformation, sponsring av sammankomster samt marknadsundersökningar, upphandlingar och donationer tydliggörs. Regelverket ska följas upp en gång per år av parterna och vid behov justeras.

Som ovan nämnts pågick ett förbättringsarbete av internkontrollen redan då styrelsen behandlade revisionsgranskningen. Under denna uppföljning har vi kunnat bekräfta att så skedde, i och med att en tillämpningsanvisning för intern kontroll fram och internkontrollarbetet systematiseras. Vi noterar att det i styrelsens internkontrollplan för 2014 återfinns 7 stycken kontrollaktiviteter som är relevanta utifrån ett EKO-perspektiv. I 2015 års internkontrollplan uppgår motsvarande siffra till 6 stycken. Av muntlig uppgift har dock framgått att valet att inkludera dessa kontrollmoment inte var ett resultat av en systematisk riskbedömning utifrån ett EKO-perspektiv.

2.2.4. Återrapportering till regionstyrelsen

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 30 januari 2014 gällande uppföljning av revisionsrapporter 2010-2013 kan avrapportering för åtgärder gällande Intern kontroll inom EKO-området – en översiktlig granskning (§ 165-2012) läsas. Rapporteringen beskriver hur den interna kontrollen förbättrats och att en

skrivning om bonus tagits bort. Den översyn som landstingsdirektören ålades att genomföra omnämns inte. Därefter avslutas ärendet.

2.2.5. *Bedömning*

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker återrapportering till regionstyrelsen i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	I begränsad utsträckning

2.2.6. *Nulägesbild*

Regionstyrelsen beslutade (2017-10-03) om regler för intern kontroll som beskriver syftet med kontrollen och förtydligar det ansvar som regiondirektören, chefer och medarbetare har för den. Här regleras även hur internkontrollplaner ska tas fram med hjälp av risk- och väsentlighetsanalyser och hur internkontrollplanerna ska följas upp. Vi noterar att 7 stycken kontrollaktiviteter relaterade till EKO-området återfinns i regionstyrelsens internkontrollplan för 2018.

Enligt uppgift kommer även regionens internkontrollanvisningar att kompletteras med instruktioner om att EKO-perspektivet ska beaktas då riskbedömningar görs.

Under 2017 tog Inköp/Upphandling fram en presentation gällande korruption och mutor. Information i ämnet hölls för medarbetare inom upphandling och inköp samt för regionens ledningsgrupp och regiondirektörens stab i syfte att öka kunskapen om lagstiftningen kring mutor och bestickning.

Inom Division service kommer material att tas fram om etik och moral som stöd för cheferna i anknytning till ledningsrutin för Gemensam agenda. Divisionen följer även den nationella branschöverenskommelsen avseende Överenskommelse för att motverka mutor och korruption som träffats 2016.

Under uppföljningen har framkommit att Landstingsfullmäktige (nov 2014, § 120) antog *Etiska regler för kontakt- och relationsfrämjande förmåner*. Vidare har Region Norrbotten ett samarbetsavtal med Skatteverket sedan många år (reviderat och undertecknat senast 2017-06-30) vilket syftar till att: i) förebygga ekonomisk brottslighet, ii) underlätta för Region Norrbotten att endast anlita företag som sköter sin redovisning och betalning av skatter och avgifter, samt iii) minska risken för osund konkurrens.

2.3. *Missbruks- och beroendevården*

2.3.1. *Sammanfattning av tidigare granskning*

Granskningen (behandlad av revisorerna 2012-11-21) var en samverkansgranskning som genomfördes i Norrbottens Läns Landsting och ett antal kommuner i länet. Granskningen omfattade missbruks- och beroendevården och dess ändamålsenlighet, samt den interna kontrollen. Granskningen visade följande:

- Samarbetet mellan primärvården/vårdcentralerna och kommunerna fungerade ofta bra.
- Samarbetet mellan den specialiserade vården (vuxenpsykiatri och internmedicin) och kommunerna fungerade inte tillfredsställande.
- Området missbruk och beroende behövde lyftas fram vid utbildningsplaneringar.
- Mål och uppdrag för missbruks- och beroendevården fanns inte i tillräckligt omfattning på verksamhetsnivå.
- I stort sett saknades uppföljningar av missbruks- och beroendevården inom landstinget.

Revisorernas bedömning var att landstingsstyrelsen i flera avseenden inte säkerställt en ändamålsenlig missbruks- och beroendevård samt att den interna kontrollen i vissa fall inte var tillräcklig.

2.3.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

I sin kommentar till revisionsrapporten (2013-04-05 § 49) skrev Landstingsstyrelsen att landstingsdirektören gavs i uppdrag att:

1. Implementera Länsstrategin för missbruks- och beroendevård i Norrbotten, tydliggöra mål och uppdrag för missbruks- och beroendevården på verksamhetsnivå samt att särskilt tydliggöra vilka verksamheter som ansvarar för insatser när det gäller tillnyktring och abstinensbehandling.
2. I samarbete med länets kommuner initiera insatser som bidrar till att personer med missbruks- och beroendeproblem erbjuds jämlik vård i hela länet. I uppdraget ingår att tillförsäkra att det planerade beroendecentrumet för missbruks- och beroendevård etableras i samverkan med länets kommuner.
3. Utifrån de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård bilda en expertgrupp med bred och djup kompetens inom området med uppdrag att bidra till kunskapsbaserad och jämlik vård i länet.
4. Tillförsäkra att personal som möter personer med missbruks- och beroendeproblem har adekvata kunskaper inom området.
5. Utveckla uppföljningen av insatser inom missbruks- och beroendområdet.

2.3.3. Åtgärdernas status

Året efter att samverkansgranskningen genomfördes trädde en ändring i hälso- och sjukvårdslagen i kraft, med krav på att landsting och kommuner ingår överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk (gäller fr.o.m. 2013-07-01). I Norrbotten tillämpas sedan 2014 överenskommelsen *Samarbete inom Missbruks- och beroendevård mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län* (antagen av landstingsfullmäktige 14 oktober 2014).

I överenskommelsen återges det uppdrag som styrelsen formulerade utifrån samverkansgranskningen. Vår bedömning är att överenskommelsen primärt svarar mot de första två uppdragen (punkt 1 och 2 ovan) som i samband med samverkansgranskningen ålades landstingsdirektören, i o m att den syftar till att:

- Tydliggöra ansvarsförhållandena inom och mellan huvudmännen (punkt 1 ovan)
- Stärka samverkan mellan landstinget och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem i hela länet (punkt 1 och 2 ovan)
- Etablera ett Beroendecentrum med vårdplatser och möjlighet till kompetensstöd till hela länet (punkt 2 ovan)

Även av åiterrapportering som getts från landstingsdirektör till landstingsstyrelsen (2014-01-30) framgår att åtgärder vidtagits utifrån styrelsens uppdrag. Landstingsdirektören har rapporterat som följer:

- I samband med att överenskommelsen arbetades fram pågick under 2013-2014 ett omfattande utvecklingsarbete vilket även omfattade implementering och uppdatering av länsstrategin. (punkt 1 ovan)
- En expertgrupp för kunskapsstyrning utifrån nationella riktlinjer bildades under 2013 tillsammans med kommunerna.¹ (punkt 3 ovan)
- Ett arbete påbörjades för att höja kompetensen inom området, genom tillskapande av ett länsövergripande kompetenscentra (beroendecentrum) vid Sunderbyn samt förstärkning av specialistkompetens. (punkt 2 och 4 ovan)
- Under planeringsprocessen inför 2014 togs indikatorer för styrning och ledning fram för missbruksområdet inom vuxenpsykiatrin. Fastställande av indikatorer för uppföljning ingick även i ett gemensamt utvecklingsarbete mellan landstinget och kommunerna. (punkt 5 ovan)

2.3.4. Åiterrapportering till regionstyrelsen

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 30 januari 2014 gällande uppföljning av revisionsrapporter 2010-2013 kan avrapportering för åtgärder gällande Missbruks- och beroendevården läsas (se § 49-2013). I rapporteringen beskrivs det utvecklingsarbete inom missbruks- och beroendevården som pågick under åren 2013 samt det planerade arbetet inför 2014.

Vidare har överenskommelsen avseende samarbete inom missbruks- och beroendevård delgivits och antagits av landstingsstyrelsen.

2.3.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker åiterrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ja

¹ Expertgruppen beskrivs här: <https://www.nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Lansgrupper/Missbruk-och-beroende/>

2.3.6. Nulägesbild

Under denna uppföljande revisionsgranskning har vi fått bekräftat att ett beroendecentrum startats, vilket uppges vara aktivt och under ständig utveckling. Fokus för beroendecentrumet har varit att utveckla processer och rutiner, exempelvis gällande in- och utskrivning. Vårdplatserna vid beroendecentrum nyttjas för kvalificerade insatser som inte kan tillgodoses inom närsjukvården eller kommunerna.

För att uppnå en gemensam styrning inom missbruk och beroendevården har en styrgrupp tillsatts med representanter från de fem närsjukvårdsområdena samt kommuner i respektive närsjukvårdsområde. Styrgruppens ansvar är att följa verksamhetens utveckling samt föreslå eventuella förändringar. Uppföljning ska utgå från verksamhetsstatistik och erfarenhet från samverkan med kommunerna och närsjukvården.

2.4. Landstingets interna kontroll av ersättning till privata sjukgymnaster

2.4.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (behandlad av revisorerna 2012-02-28) omfattade den interna kontrollen av ersättningar till privata sjukgymnaster. Granskningen visade att styrande dokument för den interna kontrollen hade tagits fram i tillräcklig utsträckning men att den interna kontrollen i praktiken var bristande. Granskningen belyste även att journaldokumentationen, vilken utgör underlag för de privata sjukgymnasternas fakturerade ersättningskrav till landstinget, i många fall var bristfällig vilket innebar en risk för utbetalning av felaktig ersättning.

2.4.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

I sin kommentar till revisionsrapporten (2013-05-28 § 120) skrev Landstingsstyrelsen att följande åtgärder skulle vidtas:

1. Granskning av 5-10 sjukgymnaster gällande dokumentation och utbetalda ersättningar.
2. Uppföljningsmöten som omfattar granskning av sjukgymnastjournaler med sex vård-/hälsocentraler.
3. Beställaravdelningen genomför en förnyad granskning av tre av de sjukgymnaster som fick anmärkning i revisionsgranskningen, samt riktar eventuellt återbetalningskrav mot dessa.

Vidare poängterade styrelsen i sin kommentar till revisionsrapporten att kontrollen gentemot privata sjukgymnaster skärpts redan i januari 2013. Detta genom att området införlivades i styrelsens internkontrollplan för 2013.

2.4.3. Åtgärdernas status

Granskning av dokumentation och ersättningar

I regionstyrelsens internkontrollplan för 2013 återfinns följande två kontrollmoment som berör privata sjukgymnaster:

- Följsamhet till Patientdatalagen avseende dokumentation av sjukgymnaster verksamma enligt Lagen om läkarvårdsersättning (LOL)².
- Granskning av utbetalda ersättningar till sjukgymnaster verksamma enligt LOL³ (i enlighet med gällande bestämmelser).

Kontrollmomenten skulle enligt internkontrollplanen genomföras på stickprov om 5-10 sjukgymnaster. Av uppföljningen av internkontrollplanen framgår att sju sjukgymnaster slutligen granskades och att allvarliga brister påtalades hos fem av dessa.

Uppföljningsmöten

Uppgifter vi tagit del av under denna uppföljning bekräftar att fördjupade dialoger under våren 2013 fördes med sex stycken hälsocentraler/vårdcentraler. Syftet var att kontrollera om sjukgymnastik som bedrevs inom vårdvalet hade bättre kvalitet i journalföring än det som hade konstaterats vid journalgranskning av privata sjukgymnaster. Detta gjordes inom ramen för Vårdvalet.

Förnyad granskning

Av intervju vi genomfört under uppföljningen har framgått att denna granskning av sjukgymnaster (dokumentation och ersättningar) genomfördes av ett externt företag (åtta stycken och med totalt 40 patienters behandlingar).⁴ I denna granskning ingick de tre sjukgymnasterna som enligt styrelsens beslut skulle granskas på nytt. Av de åtta granskade anmäldes fem till IVO.

2.4.4. Återrapporering till regionstyrelsen

Återrapporering av internkontrollplan återfinns i Landstingsstyrelsens protokoll den 6 mars 2014 § 36 och godkänns av styrelsen. I uppföljningen av planen framgår att brister uppmärksammats i samband med granskningen av sjukgymnaster samt att åtgärder vidtas i enlighet med förslag i särskild granskningsrapport. I och med detta har alltså punkt 1 och punkt 3 under avsnitt 2.4.2 ovan återrapporaterats.

Återrapporering av de fördjupade dialogerna med sex hälsocentraler/vårdcentraler återfinns i regionstyrelsens protokoll den 28 maj 2013 § 103. En kortfattad återrapporering finns även i landstingsdirektörens rapport (samma datum) och som bilaga till direktörens rapport ligger den faktiska rapporten av de fördjupade dialogerna.

² Under denna uppföljning har tjänstemän inom verksamheten gjort oss uppmärksamma på att denna skrivelse i styrelsens internkontrollplan hänvisar till fel lag. Den korrekta lagen heter Lagen om ersättning för fysioterapi (fd sjukgymnastik) (tidigare förkortad LOS, numera LOF).

³ Samma som fotnot 2.

⁴ Denna sk förnyade granskning är en och samma granskning som den som ingick i styrelsens internkontrollplan.

2.4.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker återrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ja

2.4.6. Nulägesbild

På samma sätt som med sjukgymnaster granskas även läkare som är verksamma på nationella taxan. Enligt de uppgifter vi tagit del av kontrolleras vårdgivare verksamma på den nationella taxan bland annat på följande sätt:

- Rapportering av verksamhet som bedrivs enligt nationella taxan sker via årsrapport till Regionstyrelsen. 2017 års internkontrollplan innehåller stickprov av utbetalt ersättning på nationella taxan och kommer att rapporteras till Regionstyrelsen.
- Ett samverkansorgan finns med representanter för Privatläkare och Fysioterapeuter som har möten ca fyra gånger per år. Samverkansöverenskommelser utöver de samverkansavtal som är lagkrav har tecknats med nya vårdgivare, även med några som varit verksamma en längre tid.
- Arbete med att utveckla samverkan med hälsocentraler främst gällande fysioterapeuter verksamma på nationella taxan pågår.
- Arbete med förbättrade rutiner och information till vårdgivare pågår samt håller en intern skriftlig rutin för granskning också på att tas fram.

Gällande arbetet med förbättrade rutiner och information till vårdgivare framgår det av intervju att stickprov görs varje månad, för att exempelvis uppmärksamma om en vårdgivare börjar ändra debiteringsmönster. *Nya vårdgivare som köper ersättningsetableringar* kontrolleras också så att det blir rätt från början.

Vi noterar slutligen att landstingsstyrelsens internkontrollplan 2016 omfattade granskning av lab-kostnader för dessa läkare. I samband med detta upptäcktes ett avvikande debiteringsmönster hos en läkare vilket föranledde en utökad granskning.

2.5. Landstingets projektverksamhet, intern kontroll

2.5.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Granskningen (behandlad av revisorerna 2014-06-17) omfattade styrning, redovisning, uppföljning och kontroll inom landstingets projektverksamhet. Granskningen visade att strukturer fanns för hantering av ett *enskilt* projekt samt att register med projektkoder fanns på verksamhetsområdesnivå. Brister som framkom i granskningen var kopplade till systemet med projektkoder, där ett projekt kunde delas upp på upp till tio olika koder och således var svårt att följa i sin helhet, samt till avsaknaden av en sammantagen bild av landstingets samtliga projekt. Revisorernas bedömning var att landstingsstyrelsens

styrning, redovisning, uppföljning och kontroll av projektverksamheten inte var tillräcklig.

2.5.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

I sin kommentar till revisionsrapporten (2014-12-09 § 253) formulerade Landstingsstyrelsen inget tydligt uppdrag utan förde in i protokollet att Utvecklingsavdelningen, Ekonomi- och planeringsavdelningen, Administrativ service samt Länsteknik under hösten 2014 påbörjat ett arbete med att förbättra rutiner och samordning kring landstingets projektverksamhet. Syftet med arbetet var bland annat att landstinget skulle få en mer samlad bild över projektverksamheten.

2.5.3. Åtgärdernas status

Av skriftlig rapportering från landstingsdirektör till landstingsstyrelse (2016-04-27) framgår att utvecklingsavdelning tilldelades uppdraget att arbeta med uppföljning av projektverksamheten. En arbetsgrupp tillsattes för att kartlägga olika typer av projekt i landstinget. Arbetsgruppen har tagit fram rutiner för projektledare, ekonomer och andra som arbetar inom projekt.

Kartläggningen som arbetsgruppen genomförde visade att ett antal olika typer av projekt bedrevs: läkemedelsstudier, interna respektive externa utvecklingsprojekt, EU-projekt mfl. För olika projekttyper användes olika system och dessa gick inte att samköra vilket var orsaken till att det inte gick att få en samlad bild av antal projekt. Arbetsgruppen lämnade förslaget att de olika projekttyperna skulle hanteras var för sig och riktlinjer skulle anpassas för de olika typerna. Detta skulle förvisso inte erbjuda en enhetlig bild för samtliga projekt, men väl för de olika projekttyperna.

2.5.4. Åtterrapporing till regionstyrelsen

Landstingsdirektören lämnade skriftlig åtterrapporing till landstingsstyrelsen (2016-04-27) där den tillsatta arbetsgruppen och kartläggningen av projektverksamheten beskrivs kortfattat.

2.5.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Till övervägande del*
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker åtterrapporing till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ja

* Av regionstyrelsens protokoll framgår inget tydligt formulerat uppdrag/åtgärd utifrån revisionsgranskningen 2014. Dock beskrivs det arbete som initierades med syfte att utveckla regionens projektverksamhet. Vår bedömning är därför att styrelsen *till övervägande del* vidtog åtgärder.

2.5.6. Nulägesbild

Under denna uppföljning har framkommit att strukturen för styrning och uppföljning av projekt har förbättrats och blivit mer enhetlig sedan projektverksamheten granskades.

Regionens utvecklingsråd⁵ har under 2016 fått utvidgat beslutsmandat av regiondirektören och rådet täcker nu alla utvecklingsprojekt som kan få teknisk, finansiell- och verksamhetsmässig påverkan på landstinget. Utvecklingsrådet bedömer om ett tilltänkt projekt kan och bör genomföras, samt har överblick över och får återrapportering från pågående projekt. Uppskattningsvis är ca 90 % av regionens projekt utvecklingsprojekt som behandlas av utvecklingsrådet. Övriga 10 % är exempelvis forskningsprojekt eller mindre projekt som berör enskilda verksamheter/avdelningar. Enligt uppgifter vi fått till oss bedrivs projektverksamheten nu på ett mer professionellt sätt, vilket ger förutsättning för en bättre överblick och uppföljning.

Under 2016-2017 har även arbete pågått med att inrätta ett projektkontor, vilket är en länsövergripande stödfunktion för alla typer av utvecklingsarbeten som bedrivs i projektförm. Projektkontorets uppgift är att bistå verksamheterna med projektledare, process- och effektkartläggningar och förstudier. Vid projektkontoret finns både teknisk kompetens och verksamhetskompetens samlad. Projektkontoret ligger under Division Service.

2.6. Läkemedelsförskrivning, den interna kontrollen inom landstinget

2.6.1. Sammanfattning av tidigare granskning

I denna granskning (antagen av revisorerna i oktober 2014) behandlades den interna kontrollen inom området läkemedelsförskrivning. I granskningen noterades att styrmedel inom området fanns – i form av strategi, handlingsplan, rekommendationer etc – men att kunskapen om och tillämpningen av dessa inte var tillräcklig. Brister påtalades gällande styrning och kontroll av läkemedelsförskrivning på enhets- och förskrivarnivå, samt gällande återrapportering till landstingsstyrelsen. Landstingets revisorer bedömde att den interna kontrollen inom området inte var tillräcklig.

2.6.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

I sin kommentar till revisionsrapporten (2015-04-04) konstaterade landstingsstyrelsen att de brister som påtalats i rapporten var mångfacetterade men huvudsakligen berodde på att:

- framtagna riktlinjer på landstingsnivå saknade förankring hos förskrivande läkare
- det saknades riktlinjer i divisionernas eller verksamhetsområdenas verksamhetsplaner och lokala styrdokument
- de sjukvårdande divisionerna saknade organisation och resurser för att åstadkomma en förbättring

Styrelsen beslutade att ge landstingsdirektören i uppdrag att utreda frågan vidare och ta fram ett förbättringsförslag som skulle inbegripa såväl organisationen för uppföljning av läkemedelsförskrivning på verksamhets-, enhets- och förskrivarnivå samt en revidering av nuvarande mål och mått för rätt läkemedelsförskrivning.

⁵ I detta råd ingår regiondirektör, bitr. regiondirektör, alla divisionschefer samt några avdelningschefer inom regiondirektörens stab.

2.6.3. Åtgärdernas status

Enligt uppgifter vi fått till oss under denna uppföljande granskning omsattes styrelsens beslut i praktiskt arbete, både vad gäller förbättrad uppföljning och revidering av mål och mått:

- Antalet uppföljningsparametrar (dvs läkemedel där förskrivningen dokumenteras och följs upp) minskades från 20 stycken till 5.⁶ Dessa 5 valdes ut av Norrbottens Läkemedelskommitté tillsammans med experter från länet på uppdrag av Styrgrupp Läkemedel (denna grupp jobbar på delegation av regiondirektören). Läkemedlen som valdes ut associerades till en optimal kostnadseffektivitet och högre kvalitet i vården. Förskrivningen av dessa 5 följs upp kvartalsvis.
- Uppföljningen av läkemedelsförskrivning förbättrades på ett par olika sätt. Förskrivning av de 5 läkemedel som följs upp tydliggjordes och visualiserades i ett digitalt system (Business Intelligence) för mer lättillgänglig uppföljning. Detta uppges finnas på alla hälsocentraler och skall snart införas på länets sjukhus. Därutöver utökades Läkemedelskommitténs verksamhetsnära stöd till att omfatta informationsaktiviteter på 20 hälsocentraler under 2017 vilket uppges ha ökat kännedomen kring uppföljningsparametrarna.

2.6.4. Återrapportering till regionstyrelsen

Inom ramen för denna granskning har vi inte kunnat bekräfta att landstingsstyrelsen tagit emot återrapportering angående de åtgärder den beslutade om. Enligt uppgifter vi tagit del av sker översiktlig uppföljning av läkemedelsförskrivning i huvudsak av Styrgrupp Läkemedel. Styrgruppen lämnar regelbundet lägesrapport till regionstyrelsen från sina styrgruppsmöten där aktuella läkemedelsfrågor tas upp. Direkt koppling till tidigare revisionsgranskning kan vi dock inte se i den rapportering som nått regionstyrelsen.

2.6.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker återrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Nej

2.7. Jämlik barnhälsovård

2.7.1. Sammanfattning av tidigare granskning

I en granskning av barnhälsovården (mars 2015) gjordes bedömningen att landstingsstyrelsen inte erbjöd en jämlik, kontinuerligt kvalitetsuppföljd barnhälsovård inom länet. Följande brister påtalades i granskningen:

⁶ De 5 uppföljningsparametrarna är neuroleptika (till patienter 75+), magsyrhämmning med PPI, pregabalin (till unga), orala antikoagulantia samt antibiotika. Dessa finns beskrivna här: <https://www.nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Lakemedel/Lakemedelskommitten/Uppfoljning-lakemedel--/>

- Konkreta mål för barnhälsovården kopplade till landstingsfullmäktiges strategiska mål hade inte antagits av styrelsen
- Viss statistik sammanställdes men inte på ett sätt som kunde ge en helhetsbild över länets barnhälsovård
- Barnhälsovårdsöverläkarens konsultativa roll hade behov av att förtydligas
- Skillnader i länets barnhälsovård hade observerats men ej resulterat i åtgärder

2.7.2. *Regionstyrelsens beslutade åtgärder*

Landstingsstyrelsen kommenterade revisionsgranskningen i maj 2015 och av protokoll framgår att styrelsen inte instämmer i den kritik som revisorerna gav. Styrelsen argumenterar för att mål har antagits, att uppföljningen är tillräcklig samt att barnhälsovårdsöverläkarens roll och ansvar är tydliggjorda. Styrelsen betonar vikten av att ”*årligen följa upp och analysera mödra- och barnhälsovård ur ett jämlikhetsperspektiv*”. Ett tydligt beslut om vidare åtgärder framgår inte av styrelsens protokoll.

2.7.3. *Åtgärdernas status*

Fråga utgår eftersom styrelsen, att döma av det som framkommit under denna uppföljning, inte fattade beslut om åtgärder utifrån revisionsgranskningen av barnhälsovården 2015.

2.7.4. *Återrapporering till regionstyrelsen*

I rapportering som lämnats från landstingsdirektör till styrelse (2016-09-28) återfinns återkoppling om hur arbetet inom barnhälsovården fortskrider utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Exempelvis beskrivs att ett arbete med mer systematisk uppföljning påbörjats, att förändringar i Basprogrammet för barnhälsovård pågår samt att inget arbete startats för att ändra på roller och ansvar mellan barnhälsovårdsöverläkaren och verksamhetscheferna på hälsocentralerna. Denna rapportering har en tydlig koppling till granskningen från 2015 trots att konkret beslut om åtgärder inte togs då styrelsen behandlade revisionsrapporten.

2.7.5. *Bedömning*

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Nej
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	-
Sker återrapporering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ja

2.7.6. *Nulägesbild*

Under denna uppföljning har vi erhållit information kring det arbete som pågår inom regionen för att förbättra mödra- och barnhälsovården utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Exempelvis:

- Mödra- och barnhälsovården genomför årliga analyser ur ett jämlikhetsperspektiv. Analyserna ligger till grund för de utvecklingssatser som styr mot en likvärdig vård i hela länet.
- Ett antal olika indikatorer följs upp och återrapporteras till politiken, bland annat på den årliga återföringsdagen. Vid den senaste återföringsdagen (oktober 2017) lyftes ämnet jämlik hälsa för barn och unga.
- Ungdomsmottagningar arbetar med e-hälsotjänster för att främja en mer jämlik tillgång till vård.
- Regionfullmäktige, Norrbottens Kommuners styrelse samt landshövdingen ska enligt gällande tidplan ta beslut om en folkhälsopolitisk strategi första kvartalet 2018. Syftet med strategin är att stimulera till ett mer systematiskt folkhälsoarbete i Norrbotten för att utjämna skillnader i hälsa och förbättra folkhälsan i länet.

2.8. Patientsäker läkemedelshantering – läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser

2.8.1. Sammanfattning av tidigare granskning

Syftet med att granska läkemedelshantering var att bedöma om landstingsstyrelsens internkontroll säkerställde att läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser utfördes enligt gällande riktlinjer – en förutsättning för en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering. Revisorerna gjorde bedömningen (januari 2015) att styrningen var tydlig medan brister påtalades gällande journaldokumentation och uppföljning inom området. Vidare gjordes bedömningen att befintliga rutiner var otillräckligt implementerade i verksamheterna samt att det saknades en tillräcklig insikt om nyttan med läkemedelsgenomgångar och –berättelser. Revisorerna bedömde att den interna kontrollen inte var tillräcklig.

2.8.2. Regionstyrelsens beslutade åtgärder

Granskningen resulterade i att landstingsstyrelsen i maj 2015 beslutade om att divisionerna Närsjukvård och Länssjukvård under kommande höst skulle genomföra en extra satsning på läkemedelsgenomgångar och –berättelser. Verksamheterna ålades att upprätta lokala rutiner i syfte att förbättra måluppfyllelsen inom området. Målen var att 70 % av patienterna i målgruppen 75+ vid utskrivning skulle få med sig en utskriven läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista samt att 50 % i målgruppen skulle få en läkemedelsgenomgång.

2.8.3. Åtgärdernas status

Under granskningen har framkommit att ett arbete med syfte att förbättra följsamheten till riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar och –berättelser vidtogs utifrån styrelsens beslutade åtgärder.

Lokalanpassade rutiner

Gemensamt för verksamheterna är att genomförda läkemedelsgenomgångar och –berättelser skall dokumenteras genom att journalanteckningen ”kopplas” till sökorden *läkemedelsgenomgång* eller *läkemedelsberättelse*. Enligt riktlinjen är läkaren ansvarig för genomförandet av läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse. Läkaren kan dock ta stöd av annan vårdpersonal vid genomförandet. En satsning genomfördes under hösten

2015 i divisionerna Närsjukvård och Länssjukvård, vilkas verksamheter arbetade fram lokalanpassade arbetssätt för genomförande och dokumentation av läkemedelsgenomgångar och –berättelser. Enligt uppgifter vi fått till oss har arbetet kommit olika långt inom olika verksamheter och det har framför allt gett resultat i närsjukvården. Under denna granskning har vi inte begärt information om hur dessa lokala rutiner ser ut då detta vore för omfattande.

Måluppfyllelse

Mellan 2014 och 2017 har andelen patienter 75+ med läkemedelsberättelse och ökat från 31 % till 53 %. Andelen patienter i målgruppen som fått läkemedelsgenomgång har ökat från 10 % till 26 %. Trots en positiv utveckling i båda variablerna uppnås alltså inte något av målen. Se avsnitt 2.8.6 nedan för divisionsspecifika tidsserier.

I journalsystemet VAS går att göra sökningar på ovan nämnda sökord för att se hur många läkemedelsgenomgångar och -berättelser som dokumenterats. Antalet träffar från en sådan sökning utgör det statistiska underlaget för att bedöma måluppfyllelsen. Måluppfyllelsen, både avseende dokumenterade läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser, har enligt statistik vi tagit del av förbättrats märkbart inom division Närsjukvård. Enligt uppgifter vi fått till oss sker läkemedelsgenomgångar på hälsocentraler sedan november 2016 med stöd från klinikapotekare på några hälsocentraler. Apotekare besöker hälsocentralerna i tur och ordning och medverkar vid läkemedelsgenomgångar för patienter med många läkemedel. Inom ett par år kommer länets samtliga hälso- och vårdcentraler att ha erhållit detta stöd utifrån ett rullande schema.

Vad gäller läkemedelsgenomgångar har Division Länssjukvård inte samma krav på sig, då ansvaret för detta primärt åligger regionens primärvård. Den dokumenterade måluppfyllelsen gällande läkemedelsberättelser är sämre inom Länssjukvården än inom Närsjukvården. Detta uppges bero dels på att viss underanvändning av sökordet troligen föreligger, samt dels på att läkemedelsberättelser ibland uteblir till följd av tidsbrist.

2.8.4. Åtterrapporering till regionstyrelsen

I bilaga till landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen den 28 september 2016 gällande uppföljning av revisionsrapporter från första halvåret 2015 kan avrapportering för åtgärder gällande läkemedelshanteringen läsas. Rapporteringen bekräftar att en satsning pågår inom divisionerna länssjukvård och närsjukvård, samt innehåller en redogörelse för måluppfyllelse och beskrivning av hur arbetet är tänkt att fortsätta. Vi noterar att måluppfyllelse för andelen patienter med läkemedelsgenomgång i denna uppföljning enbart återrapporteras för män.

Vi noterar även att regionstyrelsen följt upp måluppfyllelsen för läkemedelsberättelser och läkemedelsgenomgångar i samband med tertial-, halvårs- och årsrapport för 2015, samt på samma vis under 2016 och 2017 följt upp läkemedelsberättelser. Initialt följdes *antalet* upp och när antalet sökord ökade började regionen följa upp *andelen* istället. Målet om läkemedelsberättelser återfinns i Regionstyrelsens plan för år 2017-2019.

2.8.5. Bedömning

Kontrollmål:

Har regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer?	Ja
Går det att på ett tillfredställande sätt identifiera statusen för de åtgärder som beslutats?	Ja
Sker återrapportering till regionstyrelsen utifrån de åtgärder som vidtas i sådan omfattning att regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig?	Ja

2.8.6. Nulägesbild

Andelen patienter 75+ som fått en läkemedelsberättelse uppgick till 53 % för 2017 (januari-november). Detta är en ökning med 22 procentenheter sedan 2014.

Förändringen härrör från Division Närsjukvård. Målet har höjts från tidigare 70 % till 75 % för 2017 vilket alltså inte uppnås.

Läkemedelsberättelse (%)	2014	2015	2016	2017 (jan-nov)
Region Norrbotten	31	47	49	53
Div. Länssjukvård	5	5	5	5
Div. Närsjukvård	37	57	61	65

Andelen patienter i målgruppen med läkemedelsgenomgång har förbättrats från 9,5 % till 26,1 % inom Regionen. Inom Division Närsjukvård (där det primära ansvaret ligger) har andelen ökat från 8,8 % till 26,8 % (ej redovisat i tabell).

Läkemedelsgenomgång (%)	2014	2015	2016	2017 (jan-nov)
Region Norrbotten	9,5	12,9	18,7	26,1

Enligt uppgifter vi fått till oss sker läkemedelsgenomgångar vid länets vård-/hälso-centraler i stor omfattning men de dokumenteras inte alltid på ett enhetligt och korrekt sätt. Det är dock osäkert hur stort mörkertalet är och den statistik som här återges skall därför betraktas som osäker.

3. Aggregerad analys

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

	Beslut om åtgärder	Åtgärdernas status identifierad	Tillräcklig internkontroll
1. Sjukresor		Brister i genomförande	
2. Intern kontroll inom EKO		Brister i genomförande	
3. Missbruks- och beroendevården			
4. Ersättning till privata sjukgymnaster			
5. Landstingets projektverksamhet			
6. Internkontroll inom läkemedelsförskrivning			
7. Jämlik barnhälsovård		Kan ej bedömas	
8. Patientsäker läkemedelshantering		Brister i genomförande	

Grönt = kontrollmål uppfyllt, gult = till övervägande del uppfyllt, orange = i begränsad utsträckning uppfyllt, rött= ej uppfyllt.

Kontrollfråga 1 - Beslut om åtgärder

Den första kontrollfrågan var ifall regionstyrelsen fattat beslut om åtgärder utifrån granskningens slutsatser/rekommendationer. Vi bedömer att i 6 av 8 granskningar har styrelsen gjort detta. Undantagen är granskningarna som rör projektverksamheten och barnhälsovården.

Vad gäller projektverksamheten formulerades inget konkret uppdrag/åtgärd. Dock framgår av protokollet att kort efter att granskningen genomfördes påbörjades ett förbättringsarbete som syftade till att åtgärda de brister som revisorerna påtalat. Detta indikerar att styrelsen tog till sig revisorernas kritik och rekommendationer och att åtgärder vidtogs utifrån detta.

Endast i ett fall – jämlik barnhälsovård - tog styrelsen avstånd från revisionens kritik. Här noterar vi att återrapportering skett trots att inga åtgärder beslutades.

Kontrollfråga 2 - Åtgärdernas status identifierad

Nästa kontrollfråga besvarar enbart frågan om det på ett tillfredställande sätt *går att identifiera statusen* för regionstyrelsens beslutade åtgärder. Vi har inom ramen för denna

uppföljning inte haft möjlighet att gå på djupet inom varje enskilt område för att också bedöma huruvida varje beslutat åtgärd/uppdrag genomförts på ett fullgott sätt.

För 7 av 8 granskningarna har vi kunnat följa upp det arbete som genomfördes i verksamheterna efter styrelsens behandling av revisionsgranskningen. Vad gäller jämlik barnhälsovård kan denna kontrollfråga ej besvaras, eftersom styrelsen som ovan nämnts inte fattade beslut om åtgärder utifrån granskningen.

Trots att vår ambition inte varit att i varje enskilt fall bedöma kvalitén på de åtgärder som genomfördes har vi uppmärksammat att det i tre av granskningarna fanns brister i genomförandet.

Avseende sjukresor har bedömningsrutinen för hemresa inte gjorts känd och tillämpad av verksamheterna. För granskningen gällande den interna kontrollen inom EKO-området har vi inte kunnat verifiera att den översyn som styrelsen beslutade om genomfördes. Slutligen, angående patientsäker läkemedelshantering, konstaterar vi att måluppfyllelsen gällande den andel patienter i målgruppen som får läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse fortfarande är låg. De lokalanpassade rutiner som skulle tas fram i syfte att öka måluppfyllelsen har inte införts/tillämpats i tillräcklig utsträckning.

Kontrollfråga 3 - Tillräcklig internkontroll

Sista kontrollfrågan syftade till att bedöma ifall regionstyrelsens interna kontroll inom området är tillräcklig. För att denna kontrollfråga ska besvaras jakande har vi ställt kravet att vi kan se att statusen för *varje* beslutad åtgärd har återrapporterats till styrelsen. I 5 av 8 fall bedömer vi att styrelsens interna kontroll är tillräcklig.

Vad gäller läkemedelsförskrivningen har vi inte kunnat styrka att landstingsstyrelsen tagit emot återrapportering angående de åtgärder som beslutades om.

Granskningen som gällde internkontroll inom EKO-området har återrapporterats till styrelsen men återrapporteringen har fokuserat på internkontrollen och inte på det faktiska uppdrag som styrelsen gav (d.v.s. att genomföra en översyn av hur landstinget kunde förbättras utifrån ett EKO-perspektiv).

Vad gäller granskningen om sjukresor låg bristerna i återrapportering i att ärendet avslutades medan åtgärderna fortfarande var på gång, d.v.s. styrelsen fick inte information om resultatet av de beslutade åtgärderna.

Nulägesbild

Vid avstämning med regiondirektör framkommer att modellen för rapportering och återkoppling till regionstyrelsen har förändrats sedan de granskningar vi här följt upp genomfördes. I den ärendeberegningsproceeds som nu används förs alla uppdrag upp på en lista. (Det kan exempelvis vara uppdrag från regionstyrelsens plan eller revisionsrapport) Det finns sedan en mall för återrapportering till styrelsen av uppdragen och återrapportering sker löpande under året, under egen punkt på dagordningen. Detta arbetssätt uppges av regiondirektör i högre utsträckning än vad tidigare varit fallet säkerställa en bra återrapportering.

4. *Sammanfattande revisionell bedömning*

4.1. *Sammanfattande revisionell bedömning*

Baserat på den information som framkommit under genomförd uppföljning bedömer vi att Regionstyrelsen **till övervägande del** vidtagit åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, samt att den interna kontrollen inom området **till övervägande del** är tillräcklig.

2018-01-31



Marie Lindblad

Uppdragsledare & projektledare