

Granskning av samverkan inom hemsjukvården och processen kring utskrivningsklara - samverkansgranskning

Region Norrbotten

September 2024

Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor

Michaela Nyman, certifierad kommunal revisor

Gustaf Almqvist, revisionskonsult






Erik Jansen, certifierad kommunal revisor

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma huruvida regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med länets kommuner avseende hemsjukvård och processen för utskrivningsklara patienter.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen **inte helt** säkerställt en ändamålsenlig samverkan med länets kommuner avseende hemsjukvård och processen för utskrivningsklara patienter, samt att den interna kontrollen i sammanhanget **inte helt** är tillräcklig.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörda kommuner?	Nej	
Genomförs uppföljning av gällande avtal och överenskommelser?	Nej	
Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?	Delvis	
Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information får huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP	Delvis	
Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?	Delvis	

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningsresultaten vill vi lämna följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Säkerställ att en genomgripande översyn och revidering av avtal avseende hemsjukvård sker i syfte att skapa förutsättningar för en samsyn och samordning av sjukvårdsresurser i regionen och länets kommuner.

- Säkerställ att framtida avtal omfattar den flexibilitet och långsiktighet som krävs för en hållbar utveckling av samverkan mellan regionen och kommunerna. Det kan innebära att revideringen av avtalet kräver översyner av väsentliga områden som exempelvis ersättningsmodeller och hantering av Lag (2017:612) om samverkan kring utskrivningsklara inklusive modellen för betalningsansvar.
- Skapa en struktur för kontinuerlig uppföljning av avtalets funktionalitet på regionövergripande nivå tillsammans med länets kommuner.
- Skapa en struktur för samverkan på lokal nivå med fokus på att utvärdera regionens och kommunernas förmåga till samverkan och utveckling av processerna. Granskningen påvisar att hanteringen av processen avseende utskrivningsklara kan effektiviseras, men att det kräver en tydligare samsyn i styrning och ledning.
- Tydliggör hur kommunikationsflöden mellan lokala samverkansgrupper, regionövergripande forum och styrande beslutsorgan ska se ut för att säkerställa att den samlade erfarenheten tas tillvara och att väsentliga frågor kan omhändertas på rätt nivå.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	5
Avgränsning	6
Metod	6
Granskningsresultat	8
Avtal och överenskommelser mellan regionen och kommunen	8
lakttagelser	8
Bedömning	13
Uppföljning av avtal och överenskommelser	14
lakttagelser	14
Bedömning	15
Organisation och samverkansformer	16
lakttagelser	16
Rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång	19
lakttagelser	19
Bedömning	25
Forum för uppföljning avvikelser och förbättringar	26
lakttagelser	26
Bedömning	28
Samlad bedömning	30
Rekommendationer	30
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	31

Inledning

Bakgrund

År 2013 fördes ansvaret för hemsjukvården över från dåvarande landstinget till länets kommuner. Det har inneburit ett antal utmaningar kopplade till en god och nära vård.

Problemområden som ofta nämns är informationsöverföring, rutiner för mottagande av utskrivningsklara patienter, läkarmedverkan mm.

När olika huvudmän skall samverka riskerar brister i rutiner och verkställighet inte åtgärdas med hänvisning till den andra huvudmannen. För patienten saknar detta betydelse – det viktiga är att den goda vården finns på rätt plats när den behövs.

En återkommande patientsäkerhetsrisk finns i vårdens övergångar. Risken för brister och fel i vården är som störst då patienten lämnar en huvudman för att övergå till en annan. Risker som vanligtvis identifieras är dokumentation, läkemedelsanvändning, informationsöverföring samt rehabiliterings- och omvårdnadsfrågor. Det är väl känt att det finns samverkansproblem i vård- och omsorgskedjan för personer som skrivs ut från slutenvården och behöver fortsatta insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

I januari 2018 fick Sverige en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen har som målsättning att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den på ett tryggt sätt. Lagen är ett av många verktyg som ska främja en bättre samordning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån patientens behov.

Lagen tydliggör kraven på samverkan mellan huvudmännen kring arbets- och planeringsprocesser vid utskrivning av en patient från sjukhuset. Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Den fasta vårdkontakten i regionen är ansvarig för att sammankalla till en samordnad planering.

För att erbjuda en trygg och säker vård krävs det att huvudmännen arbetar i enlighet med upprättade rutiner och riktlinjer så att bland annat informationsflödet fungerar mellan huvudmännen. Viktigt för vårdens fortsatta utveckling är också att det finns ett systematiskt arbete med att följa upp avvikelser och samordnat vidta åtgärder för att säkerställa att nya avvikelser inte uppstår.

Lagen om utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska främja en god vård för den enskilde som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionalt finansierade öppna vården.

Ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende ska hållas så korta som möjligt.

För att få ett underlag för att bedöma hur Region Norrbotten samverkar med länets kommuner kring äldre personer i behov av båda huvudmännens insatser har beslut fattats om att genomföra en samverkansgranskning av samverkan inom hemsjukvården med särskilt fokus på utskrivningsprocessen.

Revisionsobjekt är regionstyrelsen i Region Norrbotten.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma huruvida regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med länets kommuner avseende hemsjukvård och processen för utskrivningsklara patienter, samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig.

Revisionsfrågor:

- Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörda kommuner?
- Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?
- Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?
- Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP.
- Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- 6 kap. 6 § Kommunallag (2017:725)
- 2 kap. 1-4, 6 §§. 3 kap. 1-3 §§. 4 kap. 1-2, 4 §§. 5 kap. 1-6 §§ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612)
- 14 kap 1 §. 16 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- 2 kap.7 §. Socialtjänstlag (2001:453)
- 4 kap. 2-4, 6 §§. 5 kap. 3-8 §§, 6 kap. 1-3 §§, 7 kap 1-3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete
- 6 kap. 4 § Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Nämndernas och styrelsens reglementen

- Ev ytterligare riktlinjer som erhålls i samband med granskning.

Avgränsning

Granskningen avgränsas till samverkan kring äldre personer inom hemsjukvården och omfattar inte samverkan i utskrivningsprocessen kopplat till funktionshinderomsorg, missbruksvård och socialpsykiatri.

Metod

Granskningen har genomförts genom

- Dokumentgranskning av centrala styrande dokument (ex. avtal och överenskommelser) samt rutiner/riktlinjer för området. Insamling även av exempelvis årsberättelser, patientsäkerhetsberättelser och ev. patientflödesanalyser samt statistik från Kolada¹, Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner

Intervjuer har genomförts med:

- Regionövergripande intervjuer
 - Samordningsansvarig för samverkan region och kommun
 - Representant för beställarfunktionen inom regionen
- Slutenvårdsintervjuer
 - Representanter från medicinkliniken vid regionens sjukhus. Urvalet har baserats på att medicinklinikerna vårdar en stor mängd patienter inom granskningsområdet och finns vid samtliga sjukhus. Representanter från följande sjukhus har intervjuats:
 - Kalix
 - Sunderby
 - Kiruna
 - Piteå
 - Gällivare
 - Representanter från Infektionskliniken vid Sunderby sjukhus. Urvalet har baserats på att kliniken arbetar länsövergripande och hanterar en mindre mängd patienter inom granskningsområdet
- Representanter från primärvårdens verksamheter i såväl privat som egen regi. Representanter från följande hälsocentraler har intervjuats:
 - Örnäsets och Gammelstads hälsocentral (Luleå)
 - Björknäs Hälsocentral (Boden)
 - Hällans hälsocentral (Piteå)
 - Laponia hälsocentral (Gällivare)
 - Kalix hälsocentral
 - Överkalix hälsocentral
 - Arvidsjaur hälsocentral

¹ Kolada är en öppen databas med nyckeltal och flera olika analysfunktioner. Databasen drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

- Vårdcentralen NorraHamn (privat hälsocentral i Luleå)
- Utöver ovanstående intervjuer har kompletterande skriftliga svar inhämtats från den privata hälsocentralen Cederkliniken (Piteå) samt hälsocentral egen regi, Kiruna HC.

Urvalet av hälsocentraler har säkerställt att samtliga primärvårdsområden finns representerade samt att såväl regiondrivna som privata hälsocentraler

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Granskningsresultat

Avtal och överenskommelser mellan regionen och kommunen

Revisionsfråga 1: Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörda kommuner?

Revisionell utgångspunkt

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att både regioner och kommuner har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till sina invånare. Enligt lagen kan regioner och kommuner komma överens om att överföra ansvaret för vissa vårdinsatser, inklusive sjukvård i hemmet, från den ena parten till den andra. Detta görs genom avtal som specificerar vilka vårdtjänster som ska tillhandahållas, hur dessa tjänster ska finansieras och andra praktiska arrangemang.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 14 kap. 1 §:

"Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende (...) Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare."

2013 överförde Region Norrbotten ansvaret för hemsjukvården till länets kommuner. Vi har därför granskat huruvida ett aktuellt avtal eller överenskommelse finns avseende detta. För att en sådan överenskommelse ska vara möjlig och effektiv uppfattar vi att det krävs att båda parter är överens och att avtalet är tydligt utformat för att undvika missförstånd. Detta ska bidra till att vården blir så sammanhållen och patientfokuserad som möjligt.

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård finns reglerad i lag, men där ges möjlighet för huvudmännen att teckna särskild överenskommelse avseende betalningsansvaret.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård 4 kap. 5§:
"Region och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 6 §. Lag (2019:979)."

Om inget överenskommelse tecknas inträder kommunens betalningsansvar tre dagar efter det att kommunen underrättats om att patienten är utskrivningsklar.

Vi har granskat förekomsten av avtal utifrån ovanstående lagrum och huruvida dessa avtal är aktuella och styrande för verksamheten.

lakttagelser

Hemsjukvårdsavtalet

Granskningen visar att Region Norrbotten (tidigare Landstinget i Norrbottens län) och Norrbottens Kommuner (tidigare Kommunförbundet Norrbotten) 2013 tecknat *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län*, "hemsjukvårdsavtalet". Norrbottens Kommuner² är ett kommunförbund bestående av länets 14 kommuner. Förbundet utgör länets samverkans- och stödstruktur bland annat inom verksamhetsområdet Social välfärd som omfattar socialtjänstens områden samt kommunal hälso- och sjukvård.

Av hemsjukvårdsavtalet framgår följande:

- Kommunaliseringen omfattar all hälso- och sjukvård från 18 år och äldre i ordinärt boende (både hembesök och hemsjukvårdsbesök). Kommunen ansvarar över den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka hälsocentral.
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabilitering och habilitering av fysioterapeut och arbetsterapeut som utförs i hemmet.
- Tröskelprincipen ska gälla, vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till hälsocentralen för vård.
- Båda huvudmännen kan göra bedömningar om patienten själv eller med stöd av annan kan uppsöka hälsocentral eller ej.
- Hembesök av hemsjukvårdens personal görs i de fall där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det finns ett vårdbehov.
- Hembesök av fysioterapeut/arbetsterapeut görs i fall det är motiverat utifrån patientens behov. Det blir då ett kommunalt ansvar.
- Ansvaret för dietistkompetens åvilar kommunen. Dietistkompetens kan avropas från regionen av den kommunala hemsjukvården i enskilda ärenden.
- Ansvaret för den medicinska fotvården överförs till kommunerna utifrån tröskelprincipen.
- Avtalet avser inte specialistvård

Avtalet med tillhörande slutrapport och övriga bilagor undertecknades av dåvarande landstingsdirektör i samband med att den nya lagstiftningen började gälla år 2013. Landstingsfullmäktige antog avtalet, på förslag av landstingsstyrelsen, vid sammanträdena den 13 och 14 juni 2012 § 55. Avtalet gäller tillsvidare. Av dokumenten³ framgår att hemsjukvårdsavtalet behöver kompletteras med samverkansavtal på länsnivå om läkarmedverkan samt rutiner och riktlinjer för hjälpmedel utifrån den förändrade ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna.

De intervjuade ger en samstämmig bild av att nuvarande hemsjukvårdsavtal är inaktuellt och inte utgör ett tillräckligt stöd i tolkningen av vilka uppgifter som ska utföras av vem. Enligt vad som framkommer vid granskningen har ingen strukturerad utvärdering eller revidering skett trots att det uppfattas finnas brister i avtalet. (Se mer under

² <https://www.norrbottenskommuner.se/om-oss/>

³ Slutrapport Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmet 2013

revisionsfråga 2). De intervjuade uppfattar att det är grundläggande frågor och väsentliga områden som tolkas på olika sätt av parterna och att det påverkar all samverkan. En sådan fråga är vem som bör erhålla hemsjukvård samt om de som erhåller hemsjukvård för en insats även bör få hemsjukvård för alla andra sjukvårdsbehov som uppstår och som inte kräver sjukhusvård. Dvs att det inte ska göras en ny prövning avseende patientens förmåga att erhålla insatsen vid en hälsocentral om patienten sedan tidigare har en insats som utförs av hemsjukvården. De intervjuade inom regionen beskriver att en uppdelning där vissa insatser ges av kommunens sjuksköterska och andra på hälsocentralen, leder till sämre förutsättningar för en sammanhållen vård med en helhetssyn på patientens situation och behov. Det uppfattas också vara resursdrivande att ha flera personer med samma profession inkopplade om så inte krävs. Primärt uppfattar regionen att kommunerna motsätter sig detta då avtalet uttrycker att den vård som kan ges på hälsocentralen ska ges där. Ett annat exempel där insatser idag uppfattas kostnadsdrivande och som skulle kunna göras bättre för patienten är insatser som är att betrakta som primärvårdsinsatser men som ska utföras på uppdrag av specialistvården. Regionen har inte någon organisation för att tillhandahålla insatser i hemmet som är ordinerade av specialistvården, exempelvis avancerad hemsjukvård i hemmet, ASIH. Önskvärt vore enligt de intervjuade att kommunerna kunde utföra dessa uppgifter då de ändå finns i hemmet hos patienten och dessa uppgifter i sig inte är avancerade. Detta regleras inte av dagens avtal och olika kommuner hanterar därför detta olika.

Det finns även andra delar av hemsjukvårdsavtalet där det finns olika tolkningar och den bristande samsynen har inneburit att respektive huvudman har definierat och dokumenterat sin tolkning av hur hemsjukvårdsavtalet ska tillämpas (se mer om dessa tolkningar under revisionsfråga 2). De intervjuade ger uttryck för att rådande situationen har medfört att det under hösten 2024 planeras göras en utredning i samverkan mellan Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten för att utreda frågorna och skapa samsyn.

Avtal om läkarmedverkan och riktlinje för rehabiliteringsansvar

Granskningen visar att regionen och kommunförbundet har ingått *Avtal om läkarmedverkan inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende (2013)*.

Avtalet reglerar i huvudsak följande:

- Läkarmedverkan inom primärvård ska finnas dygnet runt alla dagar i den kommunala hälso- och sjukvården. Så långt det är möjligt ska läkarmedverkan planeras och ske under kontorstid.
- Patienter inskrivna i hemsjukvård ska kunna få planerade och oplanerade läkarbesök i hemmet. Ansvarig sjuksköterska bedömer behovet av hembesök, dock har primärvårdsläkaren tolkningsföreträde i bedömning av patientens hälsotillstånd och behov av hembesök av läkare.

- Tillgänglighet ska garanteras mellan ansvarig läkare och ansvarigsjuk-/distriktssköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.
- Varje patient ska ha en fast vårdkontakt i kommunen samt en behandlingsansvarig läkare i primärvård eller specialistvård. Uppgifter ska framgå av den samordnade individuella planen (SIP).
- Former för läkemedelsgenomgång.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och erhålla ersättning för sina kostnader från regionen. Avtalet gäller tillsvidare. De intervjuade ger uttryck för att regionens ansvar för att tillhandahålla läkare inte utgör någon grund för diskussion och bristande samsyn mellan huvudmännen. De intervjuade uppger att de inte känner till att någon kommun på egen hand anlitat läkare och därefter krävt ersättning.

Granskningen visar även att Region Norrbotten och kommunförbundet fastställt *Riktlinje för rehabiliteringsansvar i Norrbotten (2017)*. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika rehabiliteringsnivåerna och reglerar i huvudsak följande:

- Nivå 1 i rehabiliteringsnivån är ett ansvar för primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa insatser ska ske i hemmet, på hälsocentral eller i samhällsmiljön i samverkan mellan arbetsterapeut, fysioterapeut, distriktssköterska och distriktsläkare. Hur den enskilde individens behov ska tillgodoses av olika aktörer ska dokumenteras i en samordnad individuell plan (SIP). Ansvarsfördelningen för nivå 1 regleras inom hemsjukvårdsavtalet.
- Nivå 2 är ett ansvar för samlade enheter knutna till specialistsjukvården vid sjukhusen inom respektive upptagningsområde inom länet. Verksamheterna har fördjupad kompetens och ytterligare resurser jämfört med vad som finns tillgängligt på nivå 1. Rehabiliteringen sker inom öppenvården och omfattar långvariga och ibland återkommande fysiska eller kognitiva nedsättningar oavsett diagnos.
- Nivå 3 är ett ansvar för Rehabiliteringsmedicin vid Sunderby sjukhus med hela länet som upptagningsområde. Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område jämfört med nivå 2. Rehabiliteringen sker inom slutenvården. Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta vid nivå 2 (öppenvårdsrehabilitering) eller inom nivå 1 (primärvård/kommun).

Lokala avtal mellan hälsocentraler och kommunens hälso- och sjukvård

Av den slutrapport som ligger till grund för hemsjukvårdsavtalet framgår att det utöver kompletterande samverkansavtal på länsnivå, såsom de vi återgivit ovan, bör tas fram lokala samverkansavtal mellan respektive kommun och hälsocentral. Vi kan inte finna att några sådana avtal finns för de hälsocentraler som omfattas av granskningen, men vid enstaka hälsocentraler uppges det finnas rutiner med enskilda kommuner för hur samverkan kring hemsjukvårdspatienter ska hanteras.

Avtal kring samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

I intervjuer framgår att lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård tillkom flera år efter det att hemsjukvårdsavtalet upprättades. Det innebär att avtalet inte har upprättats med något särskilt tydliggörande avseende ansvar när det gäller patienter som lämnar slutet hälso- och sjukvård exempelvis vad gäller betalningsansvaret. Någon annan överenskommelse avseende detta har inte heller upprättats vilket innebär att betalningsansvaret för kommunen inträder tre dagar efter det att patienten meddelats utskrivningsklar.

Betalningsansvaret förutsätter dock att regionen gjort det som åligger dem. Exempelvis underrättat kommunen om utskrivningsdatum och kallat till SIP om samordning är motiverat samt accepterat av patienten. Ambitionen från lagstiftaren är enligt de intervjuade att patienten ska lämna en slutenvårdsplats när behovet av plats inte längre är motiverad, men de intervjuade uppfattar att kommunernas förhållningssätt till detta varierar. Uppfattningen är att vissa kommuner i högre grad accepterar att patienten är kvar tre dagar då detta ändå inte innebär något betalningsansvar för kommunen.

I nedanstående tabell framgår andelen patienter för respektive kommun som lämnat sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara. I snitt fick 22 procent av länets patienter lämna sjukvården samma dag som de var utskrivningsklara. Vi ser dock att andelen som lämnar sjukhuset samma dag som de bedöms utskrivningsklara har minskat mellan åren 2021 och 2023. Vi noterar också att variationen mellan kommunerna är stor. Tre av länets kommuner tog under 2023 emot mer än 60 procent samma dag som de var utskrivningsklara medan tre av länets kommuner tog emot ca 10 procent inom samma tid. Övriga 8 kommuner låg mellan cirka 20-50 procent.

Tabell 1: Andel som åker hem dag 0 (%)

Kommun	2021	2022	2023
Arjeplog	80	45	66
Arvidsjaur	66	47	44
Boden	35	31	29
Gällivare	47	45	48
Haparanda	49	42	44
Jokkmokk	41	24	32
Kalix	44	35	31
Kiruna	59	61	48
Luleå	38	33	32

Pajala	46	44	40
Piteå	67	60	53
Älvsbyn	68	51	52
Överkalix	53	43	42
Övertorneå	34	27	33

Av tabell 1 framgår att andelen patienter bland länets kommuner som lämnat sjukhuset dag noll då de registrerats som utskrivningsklara. Statistiken avser samtliga över 65 år och inte enbart hemsjukvårdspatienter. Av diagrammet framgår bland annat att andelen som åker hem dag 0 minskat från år 2021 till år 2023 i tretton av länets fjorton kommuner.

De intervjuade ger uttryck för att hela processen för hantering av utskrivningsklara från slutenvården lider av den bristande samsyn som finns avseende hemsjukvårdsavtalet. Vi återkommer till processen kring utskrivningsklara i revisionsfråga 3.

Bedömning

Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörda kommuner?

Nej.

Granskningen visar att det finns dokumenterade avtal avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och länets kommuner men vår bedömning är att gällande avtal inte är aktuellt och är i behov av revidering. Avtalet är upprättat 2013 och det kan inte verifieras att det har följts upp och reviderats på ett strukturerat sätt sedan dess. Detta trots att mycket annat som påverkar förutsättningarna för vård har förändrats. Intervjuade parter ger en samstämmig bild om att nuvarande avtal inte är funktionellt. Vi noterar också att det idag finns informellt och formellt formulerade tolkningar av avtalet från olika avtalsparter. Områden som enligt genomförd granskning utgör föremål för olika tolkningar är av sådan betydelse och omfattning att vi bedömer att nuvarande avtal behöver revideras för att utgöra en ändamålsenlig styrning och ett stöd i samverkan mellan regionen och länets kommuner.

Vi noterar att Region Norrbotten inte har upprättat någon överenskommelse som tydliggör högre ambitioner än lagstiftarens definierade krav vad gäller processen kring utskrivningsklara patienter. Det innebär att det inte finns några andra villkor vad gäller betalningsansvaret. Vi noterar att andelen patienter som lämnar slutenvården platser samma dag som detta är möjligt har minskat mellan 2021 och 2023 varför vår bedömning är att det bör övervägas hur det lämpligast skapas samverkansformer och

incitament för ett fungerande flöde där hälso- och sjukvårdens samt omsorgens resurser oavsett huvudman används på ett optimalt sätt.

Uppföljning av avtal och överenskommelser

Revisionsfråga 2: Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?

lakttagelser

I hemsjukvårdsavtalet finns en skrivning där det uttrycks att uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården bör genomföras under 2015, dvs efter två verksamhetsår. Uppföljning ska ske av regionen och av kommunförbundet Norrbottens Kommuner. Granskningen visar att det har skett en utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende av Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner år 2016. Därefter kan vi inte styrka att någon utvärdering eller revidering av avtalet har skett.

Avtal om läkarmedverkan inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende fastställer att avtalet ska följas upp kontinuerligt och utvärderas vartannat år, dvs. med start år 2015. Ansvaret för uppföljning och revidering av avtalet ligger på länsstyrgruppen⁴ i Norrbotten. Enligt vad som framkommit vid genomförd granskning har avtalet inte följts upp.

Vår granskning visar att regionen 2023-06-28 upprättat en dokumenterad tillämpning av hemsjukvårdsavtalet som delgetts kommunförbundet och kommunerna. Den dokumenterade tillämpningen redogör för att regionen anser att kommunerna är ansvariga för all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som ges till hemsjukvårdspatienter bortsett från läkarinsatser, även om detta inte framgår av patientens samordnade individuella plan. Det omfattar även nya vårdbehov som uppstår hos hemsjukvårdspatienter. Dokumentet redogör även för att om patienten skrivits in i hemsjukvården anses behov av vård i hemmet gälla över tid, varpå tröskelprincipen inte ska prövas varje gång ett nytt vårdbehov uppstår för patienten. Dokumentet redogör även för att det inte enbart är primärvårdsläkaren som kan ordinera insatser som ska utföras inom hemsjukvården. Det innebär att om patienten har hemsjukvård ska insatser på primärvårdsnivå utföras av den kommunala hälso- och sjukvården, oavsett vem som ordinerat insatsen.

Vid intervjuer med representanter från regionens primärvård är ovanstående områden sådana som fortfarande lyfts som en utmaning och där det råder brist på samsyn mellan regionen och kommunerna. De intervjuade ger uttryck för att detta skapar ineffektiva arbetssätt som inte medför den bästa vården.

⁴ Länsstyrgruppen inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola är en tjänstemannastyrgrupp till politiska samverkansberedningen med representanter från Region Norrbotten och länets kommuner. Länsstyrgruppen har till uppdrag att säkerställa att samverkansformerna mellan parterna fungerar och förbättras.

Kommunförbundet har 2024-03-06 lämnat en skrivelse med synpunkter på regionens tillämpning av avtalet. Av skrivelsen framgår de delar där kommunernas bedömning av avtalet skiljer sig från den tillämpning som regionen tagit fram. I dokumentet framgår att primärvårdsbegreppet inte får vara vidare för kommunerna jämfört med regionen och om den regionfinansierade primärvården inte anser sig kunna ta ansvar för åtgärden, kan ansvaret inte heller läggas på kommunen.

Vi har tagit del av dokumentet *Hemsjukvårdsavtalet – utredning av särskilda frågor*⁵. I dokumentet beskrivs att tillämpningen och tolkningen av hemsjukvårdsavtalet skiljt sig åt mellan huvudmännen och varit ett återkommande upphov till dialoger och bekymmer i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Det framgår att regionen år 2023 tagit fram en egen tillämpning av hemsjukvårdsavtalet som Norrbottens Kommuner lämnat synpunkter på. I dokumentet framgår att det visat sig finnas områden av avgörande betydelse där bedömningarna mellan regionen och kommunerna skiljer sig åt.

I kontakt med representanter från kommunförbundet framgår att kommunförbundet i maj 2024 fått i uppdrag att tillsammans med Region Norrbotten utreda särskilda frågor rörande hemsjukvårdsavtalet i syfte att skapa en samsyn mellan huvudmännen. Arbetet kommer enligt uppgift att genomföras under hösten 2024 och ska redovisas till Länsstyrgruppen och politiska samverkansberedningen (beskrivs under revisionsfråga 3) vid årsskiftet 2024/2025.

Bedömning

Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?

Nej.

Vi konstaterar att det, utöver den utvärdering som genomförts 2016, inte har genomförts uppföljning av gällande avtal. Vi ser det som positivt att det har initierats ett arbete med att genomföra en utredning kring hemsjukvårdsavtalet i syfte att skapa en samstämmig tolkning av avtalet.

Vi konstaterar att utmaningen med en förändrad befolkningsstruktur och omställningen av vården ställer stora krav på huvudmännens förmåga till samverkan och att hitta andra lösningar än de traditionella. Vår bedömning är att detta kräver ett genomgripande arbete som omfattar mer än revidering av avtal. Vår bedömning är därför att det bör övervägas ett mer genomgripande arbete där fokus är att hitta långsiktiga och hållbara lösningar med ambitionen om att komma ifrån att fokus läggs på avtalstolkningar och gränsdragningsproblematik. Vår bedömning är att det bör övervägas om en översyn av avtalet även bör inkludera ställningstaganden gällande t.ex. ersättningsmodellen.

⁵ daterat 2024-05-08

Organisation och samverkansformer

Revisionsfråga 3: Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?

lakttagelser

Samverkan på övergripande nivå

Vi har i samband med granskningen erhållit skriftlig dokumentation som tydliggör regionens och kommunernas samverkan på en övergripande nivå. Där framgår att den gemensamma samverkansorganisationen mellan Region Norrbotten och kommunförbundet Norrbottens Kommuner utgörs av en gemensam politisk styrning i länet, politiska samverkansberedningen (Polsam), som består av ledande förtroendevalda från Region Norrbotten och länets kommuner. Beredningens uppdrag är att säkerställa och utveckla samverkan mellan Region Norrbotten och länets kommuner, fastställa gemensamma politiska styrdokument och vara styrgrupp för länsstyrgruppen.

Vid granskning av Polsams protokoll för perioden januari 2023 till maj 2024 kan vi se att information och beslut frågor rörande hemsjukvård har behandlats vid två tillfällen. I maj 2024⁶ tog Polsam del av den utredning av hemsjukvårdsavtalet som ska genomföras hösten 2024. I protokoll framgår även att Polsam i maj 2023⁷ beslutade om att ändra beslutsnivån för revidering av riktlinjen avseende samordnad individuell planering. I och med beslutet reviderades beslutsnivån från Polsam till länsstyrgruppen (tjänstemannanivå).

Länsstyrgruppen är regionens och kommunernas gemensamma styrgrupp på chefsnivå. Länsstyrgruppen hanterar samverkansfrågor och fastställer och följer länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter ligger till grund för lokala avtal och rutiner. Länsstyrgruppen har till uppdrag att säkerställa att samverkansformerna mellan parterna fungerar och förbättras inom prioriterade områden⁸ samt att implementera och följa upp länsövergripande överenskommelser och rekommendationer. I länsstyrgruppen ingår divisionschefer från regionens hälso- och sjukvård och stab samt socialchefer och barn- och utbildningschefer från kommunerna. Samverkan sker även genom länsdelssamverkan på verksamhetsnivå inom de fem geografiska närsjukvårdsområdena samt inom kommunerna. Vid genomgång av länsstyrgruppens minnesanteckningar för perioden februari 2023 till maj 2024 framgår att gruppen 2024-05-08 tog del av information avseende hemsjukvårdsavtalet och avtalet om läkarmedverkan. I minnesanteckningarna framgår att gruppen bland annat beslutat att genomföra en utredning av hemsjukvårdsavtalet utifrån de brister som

⁶ 2024-05-22 § 23

⁷ 2023-05-09 § 23

⁸ Barn och unga, vård och omsorg av äldre, psykisk hälsa och främjande och förebyggande insatser.

uppmärksammats samt att en översyn av avtalet om läkarmedverkan i ordinärt boende ska göras.

Kommunförbundet Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten har en gemensam förvaltningsorganisation för samordnad planering. Förvaltningsorganisationen utgör ett stöd till såväl kommunerna som regionen inklusive de privata aktörerna när det gäller arbetet med samordnad individuell planering (SIP). Kommunförbundet Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten har var sin förvaltningsledare som tillsammans leder det gemensamma förvaltningsarbetet. Utgångspunkten för samverkan är ett gemensamt It-stöd för informationsöverföring kring patienter, Lifecare SP. För arbetet med samordnad planering finns en egen styrgrupp som i sin tur leds av länsstyrgruppen som beskrivits ovan.

För att på en övergripande nivå ansvara för samordning och stöd vad gäller det gemensamma It-stödet för samverkan och samordnad planering kring patienter så finns en utsedd *objektspecialist* för kommunerna och en för regionen. Objektspecialisterna har ett övergripande ansvar över It-stödet inom den egna organisationen, men samverkar för att fånga brister i den gemensamma processen. Syfte att se om system eller rutiner kan justeras för att förbättra för verksamheten. Det finns även utsedda superanvändare inom kommunerna (inklusive privata aktörer inom vårdval primärvård), primärvården och slutenvården. Dessa har till uppgift att stödja personalen i sitt dagliga arbete i It-stödet, hantera samverkansfrågor samt säkerställa informations- och kunskapsspridning. Slutligen finns det utsedda användarstöd inom respektive enhet inom kommunerna och regionen. Deras uppgift är att utbilda och även stödja personalen i sitt dagliga arbete i It-stödet.

Samverkan inom samordnad planering sker enligt fastställd rutin i två forum, länsavstämningsgrupp samt verksamhetsgrupp. Länsavstämningsgruppen består av objektspecialister och superanvändare från regionens närsjukvårdsområden samt från kommuner i respektive länsdel. Gruppen har till uppdrag att hantera mer länsövergripande frågor med fokus på samordnad planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Forumet avser bland annat att användas för att sprida goda exempel inom länsdelarna samt verka för ett gemensamt arbetssätt över hela länet. Intervjuade uppger att förvaltningsledare från regionen och kommunförbundet är sammankallande. Träffarna sker vanligtvis en gång per månad.

I granskningen framkommer att länsavstämningsgruppen upphört och ersatts med superanvändarträffar två gånger per år. Samtliga superanvändare från kommunerna och från regionen bjuds in. Syftet uppges vara att fortsatt hantera länsövergripande frågor men att stärka samverkan och möjliggöra för superanvändare att lyfta egna frågor.

Verksamhetsgruppen består av utsedda superanvändare från regionen och kommunerna som har till uppdrag att utreda och bereda ärenden som kommer från den egna verksamheten eller styrgruppen. Intervjuade uppger att mötena vanligtvis

genomförs ett par gånger per termin och fokuserar på exempelvis förändringar i riktlinjer, testar nya idéer och liknande. Förvaltningsledare för Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten är sammankallande. Utöver objektspecialister och superanvändare uppges även olika berörda representanter från regionen och kommunerna medverka.

Samverkan på lokal nivå

Granskningen visar att det i delar av länet finns forum på lokal nivå för att hantera frågor som rör samverkan mellan regionens hälsocentraler och berörda kommuner, men på andra håll saknas detta. På samverkansträffarna lyfts bland annat upplevda problem- och förbättringsområden från verksamheterna, exempelvis läkarnas arbetstider, förskrivning av hjälpmedel m.m. Någon uppföljning av avtalet har inte skett på lokal nivå.

I intervjuer framkommer det att samverkan mellan kommun och region upplevs variera i kvalitet i olika delar av länet. Vissa intervjuer indikerar att samarbetet mellan hälsocentraler och den kommunala hemsjukvården generellt fungerar bättre i mindre kommuner jämfört med större. Detta är däremot inte något som beskrivs i samtliga intervjuer. I de mindre kommunerna beskrivs en större vilja att arbeta patientfokuserat och lösningsorienterat, medan större kommuner tenderar att fokusera mer på ansvarsfördelning och betalningsansvar. Det framkommer även i andra intervjuer att samverkan kan fungera olika väl inom en och samma kommun.

I intervjuer med slutenvården framkommer att regionens nuvarande organisation har främjat samverkan mellan länets slutenvårdsavdelningar. Organiseringen innebär dock att det på lokal nivå saknas representanter för slutenvården i dialogen med primärvården och kommunerna. Det har enligt de intervjuade försämrats den lokala samverkan. Förändring av organisation samt pandemin innebär också att tidigare fungerande forum har försvunnit och att det nu sker insatser för att skapa nya fungerande strukturer. Enligt uppgifter som framkommit vid granskningen är graden av denna problematik varierande och det är primärt Sunderby sjukhus där samverkan påverkats av organiseringen.

Bedömning

Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?

Delvis.

Vår bedömning är att det finns en struktur för samverkan på övergripande nivå, både genom samverkansforum på politisk nivå och chefsnivå. Dessutom anser vi att det finns samverkansstrukturer för det gemensamma It-stöd som används av både regionen och länets kommuner. Vår uppfattning är däremot att samverkan på chefsnivå och på lokal nivå kan utvecklas. Vår bedömning är att det finns variationer i hur väl samverkan fungerar på lokal nivå.

Rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång

Revisionsfråga 4: Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP

Revisionell utgångspunkt

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.

Bland annat finns krav på upprättande av inskrivningsmeddelande från den slutna vården om den behandlade läkaren ser ett behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården vid utskrivning. Detta för att kommunen ska kunna börja sin planering av insatser för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och få sina behov tillgodosedda. Ett inskrivningsmeddelande ska ske senast 24 timmar från det att läkaren ser ett behov av gemensamma insatser vid utskrivning.

Inskrivningsmeddelandet ska innehålla beräknad tidpunkt för utskrivning.

Lagen ställer också krav på utskrivningsmeddelande i samband med att patienten skrivs ut från den slutna vården. Ett utskrivningsmeddelande ska ske senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten efter utskrivning behöver insatser från båda huvudmännen och patienten godkänner det ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras. En kallelse till den samordnade individuella planeringen ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården. Krav på samordnad individuell planering finns även i patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

lakttagelser

Riktlinjer och rutiner för utskrivningsprocessen

Granskningen visar att hemsjukvårdsavtalet översiktligt reglerar krav på dokumentation och informationsöverföring mellan den kommunala vården och övriga vårdgivare. De intervjuade betonar däremot att avtalet är upprättat och beslutat innan Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft den 1 januari 2018.

Utöver hemsjukvårdsavtalet finns stöd till medarbetare inom regionens och kommunernas verksamheter i form av en länsgemensam riktlinje för samordnad individuell plan (SIP) mellan Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner⁹. Den är framtagen av länsstyrgruppen och behandlad i den politiska samverkansberedningen

⁹ Samordnad individuell planering - riktlinjer och rutiner, Länsstyrgruppen, 2023-05-09

samt beslutad i regionstyrelsen 2017¹⁰, och har reviderats senast 2023. Riktlinjen reglerar organisation och ansvarsfördelning vid samverkan mellan huvudmännen och fastställer arbetssätt vid utskrivning från slutenvård. Bland annat klargörs vad som gäller avseende upprättande av inskrivningsmeddelande, framtagande av planeringsunderlag, ansvar för fast vårdkontakt, utskrivningsmeddelande, patientinformation samt former för samordnad individuell planering.

Vid genomförda intervjuer framkommer att riktlinjen och rutin för samordnad individuell planering är upprättat utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612). Vid granskning av dokumentet kan vi verifiera att så är fallet. Däremot noterar vi att dokumentet i ett avsnitt redogör för lagens syfte och innehåll och att det i samband med detta ges uttryck för att "samordnad individuell plan ska upprättas tillsammans med patienten inom 21 dagar efter utskrivning från slutenvård". Något sådant finns inte uttryckt i lagstiftningen. Enligt vad som framkommit vid granskningen är detta en riktlinje som förtydligar inom vilket tidsintervall en SIP ska upprättas för patienter som skrivs ut från slutenvård i Region Norrbotten. Det är således en komplettering till gällande lagstiftning. Informationen avseende olika tidsramar som gäller för att kalla till SIP och för att upprätta en gemensam plan finns på olika ställen i dokumentet. På annan plats finner vi bland annat ett tydliggörande av att en kallelse till SIP ska skickas till patienten senast tre dagar efter att meddelande om att patienten är utskrivningsklar. Detta motsvarar den information som finns i lagen. Riktlinjen för samordnad planering fastställer att det ska upprättas lokala rutiner för den egna verksamheten som tydliggör ansvarsfördelningen inom verksamheten. Vi har efterfrågat men i begränsad omfattning funnit sådana dokument. De intervjuade ger uttryck för att den gemensamma rutinen samt befintligt it-stöd ger ett tillräckligt stöd i processen varför lokala rutiner inte varit nödvändiga. I något fall har vi funnit checklistor eller annat stöd för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med gällande rutin.

It-stöd för utskrivningsprocessen

Region Norrbotten och länets kommuner har ett gemensamt it-stöd för kommunikation och planering, Lifecare. Sammantaget upplever de intervjuade att It-stödet fungerar på ett tillfredsställande sätt. Eftersom processen i it-stödet följer gällande riktlinjer och rutin för samverkan vid utskrivning så säkerställer även processen ett arbetssätt som är i linje med lagstiftning. Vi har tagit del av en checklista för utskrivningsprocessen i it-stödet Lifecare och där framgår de olika stegen från upprättande av inskrivningsmeddelande - egen planering - fast vårdkontakt - meddelande om utskrivningsklar - information vid utskrivning - kallelse till SIP - utskrivningsmeddelande - SIP-möte. Det finns också ett tydliggörande av vad som ska ske vid de olika momenten.

Utmaningarna är enligt de intervjuade inte systemet eller processen som sådan utan de olika tolkningar som görs av hemsjukvårdsavtalet och därmed bristande samsyn på roller och ansvar samt var, hur och av vem patienten ska få sin vård. Detta uppges

¹⁰ Regionstyrelsen 2017-12-19 § 251

kunna leda till ineffektivitet i arbetsflödet. De verksamheter som omfattats av granskningen har samtliga utsett särskilda funktioner med ett särskilt ansvar för att bevaka och hantera informationen i Lifecare. Detta då samordningen med kommunen är resurskrävande och att det krävs en manuell registrering av informationen i Lifecare trots att motsvarande information redan finns i Regionens övriga dokumentation. Enligt genomförda intervjuer är detta en brist som man är medveten om men det har av olika skäl funnits hinder för att lösa detta.

Inskrivningsmeddelande

Enligt lagstiftning ska regionen så snart de har kännedom om att en patient är i behov av insatser från kommunen efter utskrivning meddela kommunen genom ett inskrivningsmeddelande. Som vi nämnt i ovanstående stycke har samtliga granskade slutenvårdsverksamheter en utsedd Lifecare-funktion som säkerställer att inskrivningsmeddelandet lämnas. Dessa funktioner finns på plats kontorstid och under övrig tid är det möjligt för annan personal att hantera systemet. Vi finner att det varierar i vilken grad inskrivningar sker av annan personal vilket gör att hanteringen kan ta längre tid under helger. Samtliga ger dock uttryck för en hög förståelse av vikten att registrera inskrivningsmeddelande då detta är grundförutsättningen för en samordnad planering.

Eftersom den information som finns i Lifecare startar med ett inskrivningsmeddelande så är det inte möjligt att via systemet få ut statistik på antalet inskrivningsmeddelanden som saknas eller om dessa upprättas sent. Vid intervjuer med hälsocentraler framkommer att det fortfarande händer att patienter skrivs ut och är i behov av insatser utan att det finns en gemensam planering i Lifecare. Det är dock undantagsfall och de intervjuade beskriver att detta troligtvis beror på att den enskilde individen måste ge sitt medgivande för att en gemensam planering ska vara möjlig. Om patienten motsätter sig detta under sjukhusvistelsen men ändrar uppfattning vid hemgång så kan det krävas snabba insatser. Vid genomförda intervjuer framkommer att det pågår särskilda projekt inom ramen för nära vård i Östra Norrbotten vilket innebär att kommunen tillsammans med regionen finansierat sjuksköterskor som ger vård i hemmet till patienter som inte är behov av hemsjukvård men trots detta kan vara i behov av särskilda vårdinsatser i hemmet en tid. Detta team kan exempelvis användas i de fall det krävs snabba insatser. Av den statistik vi tagit del av så har det under år 2023 registrerats 7081 inskrivningsmeddelanden i Region Norrbotten. Det är en ökning från år 2022 då registrerades 6 976 och år 2021 6 768 inskrivningsmeddelanden.

Upprättande av gemensamt planeringsunderlag

De intervjuade ger uttryck för att Lifecare följer en process med frågor som behöver besvaras avseende patienten och som innebär att en planering för den fortsatta vården utformas. Exempelvis noteras om SIP bör upprättas, vilka behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs efter utskrivning, om det kan bli aktuellt med egenvård, eventuell kognitiv svikt, förmåga och begränsningar hos patienten m.m. Vi har vid granskningen tittat på den information som ska lämnas i systemet och noterar att det även omfattar information från arbetsterapeut/fysioterapeut samt bedömning av sociala

stöd- och omsorgsinsatser eller serviceinsatser. Det är möjligt för samtliga berörda aktörer att läsa och dela information i systemet.

De intervjuade ger en samstämmig bild av de brister som kommunerna uppfattar vad gäller processen kring utskrivningsklara, men det skiljer sig enligt de intervjuade i hög grad mellan kommunerna. Något som kan kritiseras är informationen i planeringsunderlaget samt hur ofta det uppdateras. Representanter från slutenvården uppger att kommunerna önskar att planeringsunderlaget uppdateras varje dag, även om patientens hälsotillstånd är oförändrat. Det ges även uttryck för att kommunerna ibland efterfrågar information som regionen inte uppfattar vara relevant för att en patient ska kunna skrivas ut.

De intervjuade i regionens verksamheter uppfattar att ett flertal kommuner påbörjar planeringsarbetet för hemgång sent i utskrivningsprocessen och att det påverkar tiden för när patienten kan skrivas ut. Det ges uttryck för att vissa kommuner satt i system att ta hem patienten efter tre dagar, vilket tyder på att det är betalningsansvaret som styr processen.

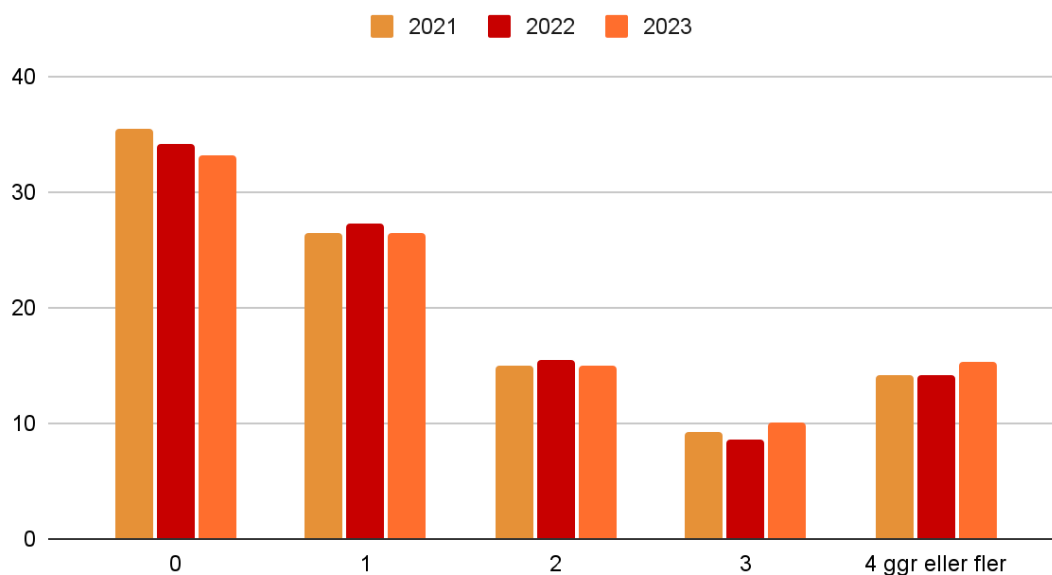
Meddelande om planerat utskrivningsdatum samt att patienten är utskrivningsklar

När regionen registrerar en inkommen patient i Lifecare så registreras även ett planerat datum för utskrivning. Samtliga intervjuade inom slutenvården ger en samstämmig bild av att datumet sätts av läkaren. En vanligt förekommande kritik från kommunerna är att patientens utskrivningsdatum flyttas fram flera gånger. Det innebär en särskild utmaning för kommunerna i planering kring bemanning och annat som krävs för en trygg hemgång.

I nedanstående diagram framgår andelen ändringar av beräknat utskrivningsdatum i procent år 2021, 2022 och 2023.

Diagram 1: Andel ändringar av beräknat utskrivningsdatum

Andel ändringar av beräknat utskrivningsdatum (%)



Av diagram 1 framgår att beräknat utskrivningsdatum för majoriteten av ärendena har ändrats minst en gång under vårdtiden år 2021-2023. Statistiken visar på en negativ trend där beräknat utskrivningsdatum som ändrats tre gånger samt fyra gånger eller fler har ökat under år 2023 jämfört med tidigare år.

Hantering av samordnad planering (SIP)

I Lifecare registrerar slutenvården huruvida de ser ett behov av SIP och att patienten givit medgivande om detta. Hälsocentralernas ansvariga för kommunikationen i Lifecare tar ansvaret för att samordna planeringen och sammankallar till en SIP. När i tid SIP genomförs varierar enligt de intervjuade beroende på patientens situation och behov, men vanligtvis sker den planeringen ett par veckor efter att patienten har fått landa i sitt hem och vet lite mer om sina behov och förmågor. Samtliga parter ger en bild av att upprättandet av SIP sker, men inom hälsocentralerna finns det en uppfattning att det kanske är så att det görs en beställning av SIP även i fall då det inte behövs. Det kan innebära ett onödigt merarbete. I nedanstående tabell framgår det totala antalet SIP-möten som skett i samband med utskrivning från slutenvård som genomförts åren 2021, 2022 och 2023. De flesta SIP-möten avser patienter där det inte finns en SIP sedan tidigare, men ett antal SIP-möten har även varit uppföljningar av SIP:ar som patienten haft sedan tidigare.

År	2021	2022	2023
Antal	1 193	907	844

Informationsöverlämning i samband med utskrivning

De intervjuade inom slutenvården ger en samstämmig bild av vilken information som lämnas till patienter och anhöriga vid avslutad sjukhusvård och vilken information som överlämnas till kommunen. Vid en av de intervjuade slutenvårdsavdelningarna används en särskild etikett som sätts på patientens plastmapp och där det går att bocka i rutor för att säkerställa att all information skickas med patienten.

Utskrivningsklara patienter och betalningsansvar

Som tidigare beskrivits framgår det i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård att kommunens betalningsansvar inträder tre dagar efter det att patienten är utskrivningsklar förutsatt att regionen gjort det som åligger dem. Ambitionen från lagstiftaren är att patienten ska hem så snart som möjligt efter att patienten är utskrivningsklar.

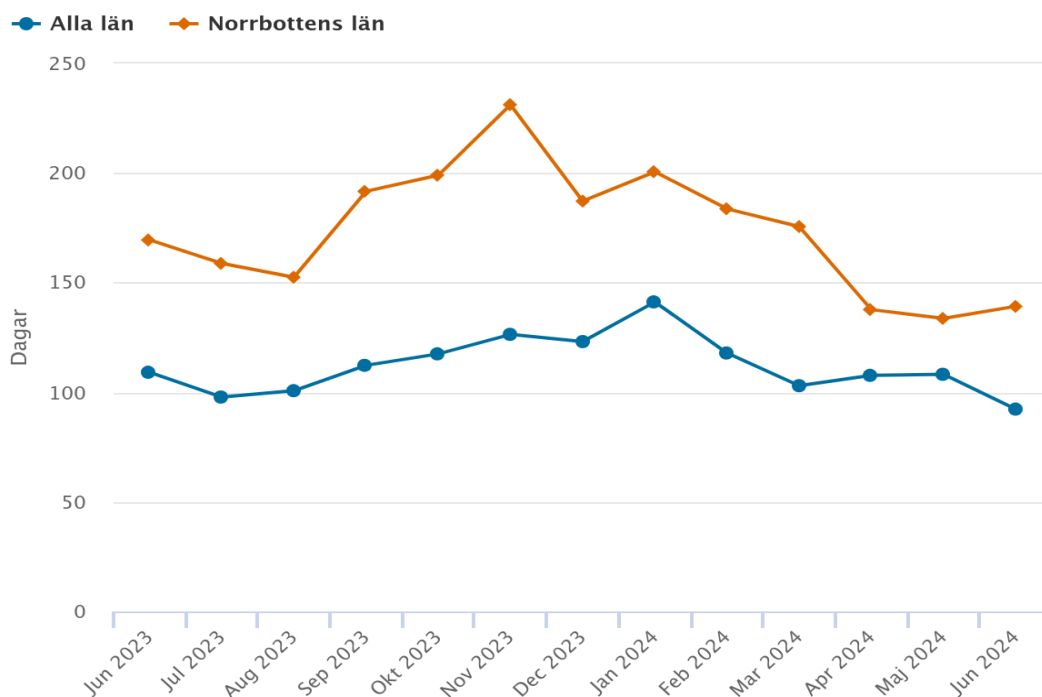
För varje dygn som överskrider de tre första så fakturerades kommunerna under 2023 10 500 kr. Av de underlag vi erhållit vid granskningen framgår det att kommunernas totala betalningsansvar för 2023 uppgick till 5 094 dygn, dvs. ca 53,5 mnkr. Av dessa bestred kommunerna betalningsansvaret för 70 dygn vilket motsvarade 735 tkr. I sammanhanget bör noteras att det i vissa fall finns en diskrepans mellan de uppgifter vi fått del av från Norrbottens Kommuner och respektive kommun avseende kostnader kopplat till betalningsansvar.

Vi har för granskningen tagit del av SKR:s statistik kring utskrivningsklara patienter i slutenvård¹¹. Av statistiken kan vi utläsa att Norrbottens län i högre grad än snittet för länen i landet har patienter som är 65+ kvar inom slutenvården efter att de är utskrivningsklara. Statistiken lämnas i antal dagar efter utskrivningsklar per 1000 invånare och vi kan se att skillnaden under senaste året var störst i november månad 2023. Då hade Norrbottens län patienter 65+ kvar i slutenvården ca 231,2 dagar/1000 invånare medan motsvarande värde för snittet i riket var 126,4 dagar/1000 invånare. Minst skillnad var det i maj 2024 då skillnaden enbart var 25,5 dagar/1000 invånare. Statistiken per månad juni 2023 till juni 2024 visas i diagrammet nedan.

11

<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikspecialiseradvard/utskrivningsklara-patienter.54395.html>

Antal utskrivningsklara dagar inom somatisk vård för patienter 65+/1000 inv



Bedömning

Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång?

Delvis.

Regionen har organiserat och strukturerat sitt arbete för att anpassa sig utifrån behovet att kommunicera och samarbeta med hälsocentraler och kommuner kring enskilda patienter. Det finns ett it-stöd vilket bidrar till ett patientflöde och informationshantering som är i linje med lagstiftning. Vår bedömning är att primärvården på ett tydligt sätt är involverade i processen och att samordna den individuella planeringen.

Vi har noterat att det har eftersökts lösningar för att begränsa dubbelarbetet vid registrering av information i det gemensamma it-stödet. Vår bedömning är att detta är en fortsatt väsentlig fråga eftersom dubbel dokumentation är ett merarbete som inte genererar något värde.

Vår bedömning är att det finns utvecklingsmöjligheter vad det gäller specifika delar i processen och att det motiverar en fortsatt samverkan och diskussion i de forum som beskrivits i föregående revisionsfråga. Vår bedömning är att bristerna i processen primärt handlar om olika tolkningar i hemsjukvårdsavtalet och särskilt parternas fokus på att bevaka sina ansvarsgränser. Detta utan tydligt fokus på patientens bästa eller att hitta det mest resurseffektiva arbetssättet.

Forum för uppföljning avvikelser och förbättringar

Revisionsfråga 5: Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

lakttagelser

Hemsjukvårdsavtalet fastställer att tvister mellan huvudmännen gällande ansvarsgränser i första hand ska lösas på lokal nivå. Frågor som inte kan lösas i samförstånd ska i andra hand lyftas till närmsta verksamhetsnivå och i tredje hand till Länsstyrgruppen. Enligt genomförd granskning finns det inte någon enhetlig struktur för att mötas kring samverkansfrågor på lokal nivå. Det finns forum med vissa kommuner där sjukhus och/eller hälsocentral hanterar samverkansfrågor och den samverkan som krävs inom hemsjukvården och i samband med utskrivning från slutenvården. Intervjuade uppger att det i dessa forum återkommande förs diskussioner avseende tolkning och efterlevnad av gällande avtal, men inte att det på något strukturerat sätt diskuteras avvikelser eller resultat från uppföljningar i syfte att förbättra vården. Som vi nämns i revisionsfråga 3 så framkommer vid intervjuer att organisationsförändringen inom regionen inneburit att tidigare strukturer för samverkans upplöstes och att nya former för detta inte är helt utvecklade.

Granskningen visar att det saknas ett gemensamt system för avvikelshantering mellan regionen och länets kommuner. Istället hanteras avvikelser i regionens respektive varje kommuns egna avvikelshanteringssystem. För närvarande skickas avvikelser mellan regionen och kommunerna med post.

I hemsjukvårdsavtalets slutrapport från 2013 framgår att lokala rutiner för avvikelshantering bör ses över. Vi har noterat att det inom Region Norrbotten finns regionövergripande anvisningar¹² och instruktioner¹³ för avvikelshantering. Dessa riktlinjer syftar till att säkerställa en enhetlig hantering av avvikelser inom Region Norrbotten.

Anvisningen beskriver regionens arbete med avvikelshantering på en övergripande nivå. I dokumentet framgår att ett regiongemensamt It-stöd huvudsakligen ska användas för avvikelshantering, med undantag för arbetsmiljöärenden som rapporteras i ett annat system enligt arbetsmiljölagstiftningen. Anvisningen fastslår att varje medarbetare är skyldig att rapportera om en patient utsätts för risk, tillbud eller negativa händelser. Förutom medarbetarnas ansvar klargör anvisningen även det ansvar som åligger verksamhetsdirektör och verksamhetschefer. Arbetsinstruktionen ger en detaljerad beskrivning av hur avvikelser hanteras i regionens It-system och syftar till att säkerställa att alla avvikelser hanteras korrekt i systemet." Anvisningen tydliggör inte forum eller samverkansformer för att tillsammans med kommunen hantera avvikelser som rör gemensamma processer.

¹² Anvisning för avvikelshantering i Region Norrbotten, 2022-07-01

¹³ Arbetsinstruktion för avvikelshandläggning i Synergi, 2023-01-09

I intervjuer beskrivs avvikelshanteringssystemet vara svårarbetat och inte användarvänligt. Som exempel uppges att inkomna avvikelser scannas in och att de därmed inte är möjligt att söka efter och ta fram statistik från systemet. Detta skulle exempelvis kunna avse vilken kommun som skickat avvikelser. I intervjuer ges även indikationer på att samtliga avvikelser inte registreras i systemet.

I intervjuer med representanter från slutenvården visar att de flesta avvikelser som tas emot från kommunerna rör ändringar av utskrivningsdatum och patienter som skickats hem utan kommunens godkännande. Anledningen till detta uppges vara otydliga eller ofullständiga planeringsunderlag. Vissa intervjuer indikerar att avdelningarna tar emot fler avvikelser från kommunerna än de själva skickar. De uppfattar inte att regionen prioriterar att skicka avvikelser och att det finns en kultur där kommunerna är mer kritiska och regionen försöker anpassa sina arbetssätt.

I intervjuerna framgår det att varje sjukhus har utsett personer som hanterar inkomna avvikelser. Vidare visar intervjuerna att vissa sjukhus har forum och grupper för att följa upp avvikelser på en övergripande nivå, medan andra saknar sådana strukturer. Granskningen visar däremot att de befintliga strukturerna för övergripande diskussioner om avvikelser är nystartade och att arbetsformerna håller på att utvecklas. Det uppges även att avvikelser i viss utsträckning tas upp i de lokala samverkansträffarna mellan regionen och vissa kommuner, men att detta inte är det huvudsakliga fokuset i dessa sammanhang.

Anvisningen specificerar att rapporterade avvikelser ska återföras strukturerat till berörda medarbetare och verksamheter för att förbättra säkerhetsarbetet. Resultat och åtgärder ska redovisas i Region Norrbottens och verksamheternas tertial- och årsrapporter samt i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen. Riktlinjen för samordnad planering anger att uppföljning av avvikelser i samarbetet mellan huvudmännen ska hanteras av samverkansorganisationen på respektive nivå.

Vad det gäller det gemensamma verksamhetssystemet för informationsöverföring mellan region och kommun så visar granskningen att det finns en struktur för forum och stödfunktioner, inom förvaltningsorganisationen för samordnad planering, som hanterar frågor kopplat till problem- och förbättringsområden som rör systemstödet eller processen kopplat till detta. Riktlinjen för samordnad planering reglerar att uppföljning av avvikelser som berör samarbetet mellan huvudmännen ska hanteras i samverkansorganisationen på respektive nivå (länsavstämningssgrupp/ verksamhetsgrupp).

Förekomst av avvikelser och patientklagomål

Vid genomgång av regionens patientsäkerhetsberättelse för 2023¹⁴ framgår att regionen under året påbörjat ett utredningsarbete i samarbete med Norrbottens Kommuner för att effektivisera och kvalitetssäkra avvikelsehandläggningen mellan vårdgivarna. Syftet med

¹⁴ antagen av regionstyrelsen 2024-02-07 § 17

utredningen är att förändra arbetssättet så att kommunerna kan rapportera sina avvikelser digitalt direkt till regionens avvikelshanteringssystem och till rätt berörd verksamhet. I patientsäkerhetsberättelsen påtalas även att nuvarande system där avvikelser skickas med post, ofta leder till långa handläggningstider och risk för bristande patientsäkerhet.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår det att totalt 10 745 avvikelser har rapporterats under året. Av dessa var 78 procent avslutade i samband med att patientsäkerhetsberättelsen upprättades. Detta kan jämföras med 2022, då 11 150 avvikelser rapporterats och 91 procent avslutades. I patientsäkerhetsberättelsen framgår att denna försämring sannolikt kan förklaras av att många nya och oerfarna avvikelseansvariga i verksamheterna hanterar avvikelserna, vilket resulterar i längre handläggningstider. Det totala antalet patientrelaterade avvikelser för 2023 uppgick till 7 456. Observera dock att statistiken rör avvikelser och avvikelshantering generellt och tydliggör inte något avseende avvikelser kopplat till samverkan mellan kommun och regionen.

Vi har begärt statistik från Patientnämnden för att se antal ärenden som når nämnden och som avser bristande samverkan mellan kommun och regionen för patienter som har kommunal hemsjukvård eller där kommunen och regionen brustit i samverkan i samband med utskrivning från slutenvården. Antalet klagomål är mycket begränsat och bör därmed tolkas med försiktighet. Antalet ärenden har genom åren varierat mellan 1-4 ärenden. Tom maj månad 2024 har fyra klagomål inkommit vilket indikerar att antalet ärenden för 2024 kommer att vara högre än övriga år sett till åren 2021 till och med 2023.

Årtal	Antal ärenden
2024 tom 31 maj	4
2023	1
2022	1
2021	4

Bedömning

Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

Delvis.

Vi har granskat om det finns fungerande forum för att gemensamt mellan kommunen och regionens hantera uppföljningar, avvikelser och arbeta med förbättringar av de processer som granskningen avser. Vår bedömning är att samverkansstrukturer mellan

kommunerna och regionen ser olika ut för olika geografiska områden och för vissa kommuner saknar regionen en strukturerad samverkan för området.

Vi noterar att det saknas ett sammanhållet avvikelssystem och avvikelser rapporteras mellan huvudmännen per post. Enligt vad som framkommit vid granskningen är vår bedömning att befintliga forum inte säkerställer en gemensam dialog kring avvikelser eller resultat av tidigare arbetssätt för att utveckla vården. Befintliga forum används till hög grad för att diskutera ansvarsfrågan i förhållande till hemsjukvårdsavtalet.

Vår bedömning är att det finns en struktur för hur avvikelser i it- stödet för kommunikation mellan region och kommun ska hanteras. Avvikelser som rör systemet diskuteras också gemensamt och det finns särskilt utsedda funktioner för att hantera detta.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma huruvida regionstyrelsen har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med länets kommuner avseende hemsjukvård och processen för utskrivningsklara patienter.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelsen **inte helt** säkerställt en ändamålsenlig samverkan med länets kommuner avseende hemsjukvård och processen för utskrivningsklara patienter, samt att den interna kontrollen i sammanhanget **inte helt** är tillräcklig.

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningsresultaten vill vi lämna följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Säkerställ att en genomgripande översyn och revidering av avtal avseende hemsjukvård sker i syfte att skapa förutsättningar för en samsyn och samordning av sjukvårdsresurser i regionen och länets kommuner.
- Säkerställ att framtida avtal omfattar den flexibilitet och långsiktighet som krävs för en hållbar utveckling av samverkan mellan regionen och kommunerna. Det kan innebära att revideringen av avtalet kräver översyner av väsentliga områden som exempelvis ersättningsmodeller och hantering av Lag (2017:612) om samverkan kring utskrivningsklara inklusive modellen för betalningsansvar.
- Skapa en struktur för kontinuerlig uppföljning av avtalets funktionalitet på regionövergripande nivå tillsammans med länets kommuner.
- Skapa en struktur för samverkan på lokal nivå med fokus på att utvärdera regionens och kommunernas förmåga till samverkan och utveckling av processerna. Granskningen påvisar att hanteringen av processen avseende utskrivningsklara kan effektiviseras, men att det kräver en tydligare samsyn i styrning och ledning
- Tydliggör hur kommunikationsflöden mellan lokala samverkansgrupper, regionövergripande forum och styrande beslutsorgan ska se ut för att säkerställa att den samlade erfarenheten tas tillvara och att väsentliga frågor kan omhändertas på rätt nivå.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
1. Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan region och berörda kommuner?	<p>Nej</p> <p>Granskningen visar att det finns dokumenterade avtal avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och länets kommuner men vår bedömning är att gällande avtal inte är aktuellt och är i behov av revidering. Avtalet är upprättat 2013 och det kan inte verifieras att det har följts upp och reviderats på ett strukturerat sätt sedan dess. Detta trots att mycket annat som påverkar förutsättningarna för vård har förändrats. Intervjuade parter ger en samstämmig bild om att nuvarande avtal inte är funktionellt. Vi noterar också att det idag finns informellt och formellt formulerade tolkningar av avtalet från olika avtalsparter. Områden som enligt genomförd granskning utgör föremål för olika tolkningar är av sådan betydelse och omfattning att vi bedömer att nuvarande avtal behöver revideras för att utgöra en ändamålsenlig styrning och ett stöd i samverkan mellan regionen och länets kommuner.</p> <p>Vi noterar att Region Norrbotten inte har upprättat någon överenskommelse som tydliggör högre ambitioner än lagstiftarens definierade krav vad gäller processen kring utskrivningsklara patienter. Det innebär att det inte finns några andra villkor vad gäller betalningsansvaret. Vi noterar att andelen patienter som lämnar slutenvårdenplatser samma dag som detta är möjligt har minskat mellan 2021 och 2023 varför vår bedömning är att det bör övervägas hur det lämpligast skapas samverkansformer och incitament för ett fungerande flöde där hälso- och sjukvårdens samt omsorgens resurser oavsett huvudman används på ett optimalt sätt.</p>

2. Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?

Nej

Vi konstaterar att det, utöver den utvärdering som genomförts 2016, inte har genomförts uppföljning av gällande avtal. Vi ser det som positivt att det har initierats ett arbete med att genomföra en utredning kring hemsjukvårdsavtalet i syfte att skapa en samstämmig tolkning av avtalet. Vi konstaterar att utmaningen med en förändrad befolkningsstruktur och omställningen av vården ställer stora krav på huvudmännens förmåga till samverkan och att hitta andra lösningar än de traditionella. Vår bedömning är att detta kräver ett genomgripande arbete som omfattar mer än revidering av avtal. Vår bedömning är därför att det bör övervägas ett mer genomgripande arbete där fokus är att hitta långsiktiga och hållbara lösningar med ambitionen om att komma ifrån att fokus läggs på avtalstolkningar och gränsdragningsproblematik. Vår bedömning är att det bör övervägas om en översyn av avtalet även bör inkludera ställningstaganden gällande t.ex. ersättningsmodellen.



3. Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?

Delvis

Vår bedömning är att det finns en struktur för samverkan på övergripande nivå, både genom samverkansforum på politisk nivå och chefsnivå. Dessutom anser vi att det finns samverkansstrukturer för det gemensamma It-stöd som används av både regionen och länets kommuner. Vår uppfattning är däremot att samverkan på chefsnivå och på lokal nivå kan utvecklas. Vår bedömning är att det finns variationer i hur väl samverkan fungerar på lokal nivå.



4. Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring

Delvis

Regionen har organiserat och strukturerat sitt arbete för att anpassa sig utifrån behovet att kommunicera och samarbeta med hälsocentraler och kommuner kring enskilda patienter. Det finns ett it-stöd vilket bidrar till ett patientflöde och informationshantering som är i linje med lagstiftning. Vår bedömning är att primärvården på ett tydligt sätt är



mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP

involverade i processen och att samordna den individuella planeringen. Vi har noterat att det har eftersökts lösningar för att begränsa dubbelarbetet vid registrering av information i det gemensamma it-stödet. Vår bedömning är att detta är en fortsatt väsentlig fråga eftersom dubbel dokumentation är ett merarbete som inte genererar något värde. Vår bedömning är att det finns utvecklingsmöjligheter vad det gäller specifika delar i processen och att det motiverar en fortsatt samverkan och diskussion i de forum som beskrivits i föregående revisionsfråga. Vår bedömning är att bristerna i processen primärt handlar om olika tolkningar i hemsjukvårdsavtalet och särskilt parternas fokus på att bevaka sina ansvarsgränser. Detta utan tydligt fokus på patientens bästa eller att hitta det mest resurseffektiva arbetssättet.

5. Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

Delvis

Vi har granskat om det finns fungerande forum för att gemensamt mellan kommunen och regionens hantera uppföljningar, avvikelser och arbeta med förbättringar av de processer som granskningen avser. Vår bedömning är att samverkansstrukturer mellan kommunerna och regionen ser olika ut för olika geografiska områden och för vissa kommuner saknar regionen en strukturerad samverkan för området. Vi noterar att det saknas ett sammanhållet avvikelssystem och avvikelser rapporteras mellan huvudmännen per post. Enligt vad som framkommit vid granskningen är vår bedömning att befintliga forum inte säkerställer en gemensam dialog kring avvikelser eller resultat av tidigare arbetssätt för att utveckla vården. Befintliga forum används till hög grad för att diskutera ansvarsfrågan i förhållande till hemsjukvårdsavtalet. Vår bedömning är att det finns en struktur för hur avvikelser i it- stödet för kommunikation mellan region och kommun



ska hanteras. Avvikelser som rör systemet diskuteras också gemensamt och det finns särskilt utsedda funktioner för att hantera detta.

2024-09-18

Kristian Damlin

Karin Magnusson

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Norrbotten enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2024-01-23. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.