Jämtlands Läns Landsting

Bilagor till landstings-styrelsens sammanträde den 27-28 september 2012

Landstingsdirektörens staber
Carsten Dencker
Tfn: 063-14 76 36
E-post: carsten.dencker@jll.se

2012-04-24

Dnr LS/110/2012

Landstingets revisorer

Svar på Landstingets revisorers granskning av Barn och ungdomspsykiatrin

Landstingsstyrelsen får med anledning av landstingets revisorers granskning av Barn- och ungdomspsykiatrin lämna följande svar. Svar lämnas för varje punkt i revisorernas bedömning av behovet av förbättringar.

Revisorernas bedömning

Uppdraget för de olika aktörerna, i det "samlade omhändertagandet" för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, behöver förtydligas. Detta gäller både inom landstinget och mellan landstinget och kommunerna. I granskningen har det framkommit att det saknas en gemensam definition av vad som är basinsatser – som riktar sig till alla och vad som är första linjens insatser – som innebär utredning och behandling av lindrigare tillstånd, samt vad som är specialistnivå

Barn- och ungdomspsykiatrin är den verksamhet inom landstinget som getts det formella ansvaret för första linjens insatser till barn och unga med psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar/funktionshinder. Vår enkätundersökning visar dock att insatser för denna grupp barn och ungdomar i praktiken även utförs i primärvården – som följd av att detta är basen för hälso- och sjukvården. Dessa insatser har dock inte tydliggjorts i uppdraget till primärvården.

Vi efterlyser en konsekvensanalys inför det beslut som togs om att tilldela Barn- och ungdomspsykiatrin ansvaret för första linjens insatser.

Landstingsstyrelsens kommentar

Basnivån har inte diskuterats och är inte närmare definierat i Jämtland. I praktiken ges basnivån av många aktörer: Förskola, BVC, familjecentraler, skola/elevhälsan och till viss del ungdomsmottagningen och PV.

Det har vid flera tillfällen framförts kritik mot att Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag är otydligt beträffande omfattningen av och gränsdragningen mellan första och andra linjens barn- och ungdomspsykiatri. Primärvården har inget formellt uppdrag kring första linjens barn- och ungdomspsykiatri, men som framgår av rapporten upp-

fattar både primärvården, ungdomsmottagning, familjecentraler och elevhälsan att de har ett uppdrag kring första linjens barn- och ungdomspsykiatri.

I Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag ingår både första och andra linjens barn- och ungdomspsykiatri. Det är inte i alla lägen enkelt att sätta gränsen mellan de två nivåerna. I de diskussioner som förekommit om uppdraget har man lyft fram möjligheten att lägga på primärvården ett större ansvar för första linjens barn- och ungdomspsykiatri. Det skulle innebära att man skulle behöva göra omfördelning av budget från Barn- och ungdomspsykiatrin till primärvården. Bedömningen har varit att man får mera vård för pengarna om de ligger kvar där den bästa kompetensen finns i stället för att delas ut till ett större antal hälsocentraler.

Ett sätt att stärka arbetet med barnpsykiatrin mot primärvård, skola och elevhälsa är den filialverksamhet som Barn- och ungdomspsykiatrin bedriver på flera håll i länet.

Den faktiska arbetsfördelning mellan första och andra linjen som finns i dag bygger på mångårig erfarenhet. En del av förankringen kanske har missats men i praktiken fungerar det bra – vilket ju även framgår av rapporten.

Eftersom neuropsykiatri bedrivs inom Barn- och ungdomspsykiatrin, Barn- och ungdomshabiliteringen och till viss del Föräldra-barnhälsan behövs samverkan. Ett uppdrag kring detta har ledd till mera samverkan och planer på ytterligare samarbetsområden finns. Ytterligare samverkan kommer att underlättas av den organisationsförändring som skett i den nya centrumbildning och förväntas förstärkas med flytten av verksamheterna till kvarteret Handelsmannen.

Även övergången mellan Barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin förväntas underlättas av den nya centrumbildningen.

Beträffande samverkan mellan landstinget och länets kommuner har i ett pilotprojekt dokumentet Jämtbus tagits fram. Arbetet är mycket ambitiöst och har tagit lång tid att få fram men samverkan över myndighetsgränser tar tid och landstinget kan inte forcera utvecklingen.

Revisorernas bedömning

I granskningen har framkommit att andelen registrerade patienter i flera av kvalitetsregistren är låg. De mål som satts för denna registrering är inte tidsbestämda och det saknas därför en tydlig målbild. Vi rekommenderar att deltagande i kvalitetsregistren bör öka för att förbättra möjligheterna att följa upp verksamheten men även att kunna jämföra sig med andra enheter som behandlar samma patientgrupper. Extra angeläget är deltagande i nämnda register mot bakgrund av den rapport som SBU (statens beredning för medicinsk utredning) nyligen presenterade och som visade på stora kunskapsluckor när det gäller utredningar och behandling av barn och ungdomar med ADHD.

Landstingsstyrelsens kommentar

Kvalitetsregister används inom barn- och ungdomspsykiatrin. Deltagande i dessa är en förutsättning för att få riktade medel från staten. Landstinget har dock inte uppnått målet med 100% täckning. För Barn- och ungdomspsykiatrins del är det registren BUSA och RiksÄt som är aktuella. Det sistnämnda registret har mycket strikta inklusionskrite-

rier vilket gör att inte alla patienter som är i behandling mot ätstörning kan registreras. Barn- och ungdomspsykiatrin räknar med måluppfyllelse senast den 31 december 2012.

Revisorernas bedömning

Vi rekommenderar att Barn- och ungdomspsykiatrin vidtar nödvändiga åtgärder för att klara målet om diagnosregistrering. I granskningen har framkommit att ca 40 procent av läkarbesöken inte var diagnostiserade inom stipulerad tid, en brist som kan minska patientsäkerheten.

Landstingsstyrelsens kommentar

Diagnossättning inom Barn- och ungdomspsykiatrin är en relativt ny företeelse och landstinget har inte uppnått målet på 100% än. En delförklaring till att denna del av sjukvården inte använt diagnoser förut är att man inte velat stigmatisera barn och unga genom att "belasta" dem med en diagnos . Diagnossättningsgraden har förbättrats markant vilket dock till viss grad döljs av att uppföljningen sker på glidande årsbasis. Måluppfyllelse förväntas ske senast den 31 december 2012.

Beträffande mål för insatstider har verksamheten i dag mål om maximum 30 dagars väntetid för besök och för behandling, i de fall där behovet anses mera akut ges snabbare tid ibland samma dag. Barn- och ungdomspsykiatrin har verksamhet i någon form dygnet om 365 dagar om året. För att undvika att kraven i den förstärkta vådgarantin medför att det blir för små resurser för mera vårdkrävande patienter har Barn- och ungdomspsykiatrin infört ett arbetssätt där man lägger relativt lite resurser på enklare ärenden för att kunna ge mera vård till behövande. Det finns dock ändå farhågor om att första linjens Barn- och ungdomspsykiatrin tar resurser från den mera specialiserade delen. Barn- och ungdomspsykiatrin arbetar på att förbättra detta.

Avvikelserapporteringen från Barn- och ungdomspsykiatrin har huvudsakligen rört sig om administrativa tillbud men i de fall där patient riskerat att skadas eller skadats skrivs avvikelse givetvis. De flesta skador som rapporteras från hälso- och sjukvården är från kirurgiska specialiteter. Inom barn- och ungdomspsykiatrin används väldigt lite teknik och läkemedel. Detta kan vara en del av förklaringen men verksamheten kommer att titta på anmälningsfrekvensen.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

7:4

Jämtlands Läns Landsting

Skrivelse

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 14 75 28

2012-01-16

Dnr REV/17/2011

Landstingsstyrelsen

Granskning av Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

På vårt uppdrag har revisionskontoret med hjälp av konsultbyrån KPMG granskat Barn- och ungdomspsykiatrin. Den övergripande revisionsfrågan i granskningen har varit att undersöka om landstingets insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar motsvarar invånarnas behov, landstingets mål samt nationella krav och riktlinjer. Granskningen har också belyst om det finns en ändamålsenlig samverkan, i samband med dessa insatser, såväl inom landstinget som mellan landstinget och länets kommuner.

Granskningen har omfattat analyser av interna och nationella dokument, rapporter inom området samt intervjuer med verksamhetsföreträdare. Två enkätundersökningar har genomförts varav den ena riktats till kommunernas socialtjänst och elevhälsa och den andra riktats till cheferna inom landstingets hälsocentraler.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att landstingets insatser för barn och ungdomar med psykiska ohälsotillstånd och psykiatriska sjukdomar, i många delar, ger förutsättningar för en god vård och att denna i stort uppfyller invånarnas behov och de nationella krav som ställs på tillgänglighet.

Svårigheter med att rekrytera och behålla vissa nyckelkompetenser som exempelvis psykologer och psykiatriker är dock en potentiell risk för de verksamheter som behandlar barn och ungdomar med psykisk ohälsa, däribland Barn- och ungdomspsykiatrin. Vi vill även fästa uppmärksamhet på den risk för undanträngning, av barn och ungdomar med behov av omfattande insatser, som kan uppstå i samband med de insatser som görs för att erhålla de statliga bidraget som utgår när kravet för den förstärkta vårdgarantin uppnås.

I granskningen har framkommit följande behov av förbättringar:

- Uppdraget för de olika aktörerna, i det "samlade omhändertagandet" av barn och ungdomar med psykisk ohälsa, behöver förtydligas. Detta gäller både inom landstinget och mellan landstinget och kommunerna.

  I granskningen har framkommit att det saknas en gemensam definition av vad som är basinsatser – som riktar sig till alla och vad som är första linjens insatser – som innebär utredning och behandling av lindrigare tillstånd, samt vad som är specialistnivå.

  Barn- och ungdomspsykiatrin är den verksamhet inom landstinget som getts det formella ansvaret för första linjens insatser till barn och unga med psykiska ohälsa och psykiatriska sjukdomar/funktionshinder. Vår enkätundersökning visar dock att insatser för denna grupp barn och ungdomar i praktiken även utförs i

primärvården - som följd av att detta är basen för hälso- och sjukvården. Dessa insatser har dock inte tydliggjort i uppdraget till primärvården.

- Vi efterlyser en konsekvensanalys inför det beslut som togs om att tilldela Barn- och ungdomspsykiatrin ansvaret för första linjens insatser.

- I granskningen har framkommit att andelen registrerade patienter i flera av kvalitetsregistren är låg. De mål som satts för denna registrering är inte tidsbestämda och det saknas därmed en tydlig målbild.

  Vi rekommenderar att deltagande i kvalitetsregistren bör öka för att förbättra möjligheterna till att följa upp verksamheten men även att kunna jämföra sig med andra enheter som behandlar samma patientgrupper. Extra angeläget är deltagande i nämnda register mot bakgrund av den rapport som SBU (Statens beredning för medicinsk utredning) nyligen presenterade och som visade på stora kunskapsluckor när det gäller utredningar och behandling av barn och ungdomar med ADHD.

- Vi rekommenderar att Barn- och ungdomspsykiatrin vidtar nödvändiga åtgärder för att klara målet om diagnosregistrering. I granskningen har framkommit att ca 40 procent av läkarbesöken inte var diagnosregistrerade inom stipulerad tid, en brist som kan minska patientsäkerheten.

Vi emotser senast den 5 mars 2012 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av Barn- och ungdomspsykiatrin.

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Samtliga enhetschefer i Primärvården
Chefen för primärvården
Chefen för Barn- och ungdomspsykiatrin

716

Jämtlands läns landsting

Granskning barn- och ungdomspsykiatrin

KPMG AB
2012-01-09
Antal sidor: 28

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

7:7

Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Bakgrund	5
3.	Syfte och revisionsfrågor	5
4.	Revisionskriterier	6
5.	Ansvarig nämnd	6
6.	Metoder	6
7.	Projektorganisation	6
8.	Definitioner	7
9.	Lagar, föreskrifter och riktlinjer inom området	7
10.	BUP:s organisation och uppdrag	9
10.1	Iakttagelser	9
10.2	Socialstyrelsens tillsyn	10
10.3	BUP – första linjens uppdrag	10
10.4	Slutenvård	11
11.	Tillgänglighet	12
11.1	Iakttagelser	12
12.	Behandling och utredning av neuropsykiatriska funktionshinder	14
13.	Samverkan och ansvarsfördelning mellan aktörerna	15
13.1	Iakttagelser	15
13.1.1	Samverkan med landstingsverksamheter	16
13.1.2	Samverkan med kommunala aktörer	22
14.	Kompetensen inom BUP	26
14.1	Iakttagelser	26
15.	Utvärdering och uppföljning av verksamheten	27
15.1	Iakttagelser	27

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

1. Sammanfattning

KPMG AB har på uppdrag av revisionskontoret i Jämtlands läns landsting (JLL) genomfört projektet "granskning av barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)". Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2011.

Granskningen har genomförts genom studier och analyser av interna och nationella dokument, rapporter inom området samt intervjuer med verksamhetsföreträdare Dessutom har enkätundersökningar genomförts riktade till kommunernas socialtjänst, elevhälsa och hälsocentraler.

Det huvudsakliga syftet med granskningen var att belysa om landstingets insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar motsvarar invånarnas behov, landstingets mål samt nationella krav och riktlinjer. Granskningen har också belyst om det finns en ändamålsenlig samverkan gällande detta, såväl inom landstinget som mellan landstinget och länets kommuner.

Nedan sammanfattas granskningen utifrån de formulerade revisionsfrågorna, med kommentarer och förslag på förbättrings- och utvecklingsområden.

Finns mål för produktionen, tillgängligheten mm?

BUP har ett uppdrag som omfattar både första linjen och specialiserad barn- och ungdomspsykiatri inom Jämtlands läns landsting. BUP uppfyller den nationella förstärkta vårdgarantin och Jämtlands läns landsting erhöll därför 3,5 miljoner kronor i statsbidrag år 2010 för att fortsätta arbetet med att förbättra tillgängligheten inom området barn och ungdomars psykiska hälsa.

I Verksamhetsplanen för BUP finns särskilda uppdrag och mål för verksamheten.

Uppdraget att slutföra arbetet med samverkansavtal mellan BUP och länets kommuner är inte genomfört. Avtalet med Östersunds kommun är i slutfasen och man beräknar att slutföra det under början av 2012. Därefter planeras att påbörja arbetet med samverkansavtal med övriga kommuner i länet. Uppdraget att implementera identifierade möjligheter till förbättring av samverkansrutiner för unga med neuropsykiatriska svårigheter mellan Föräldra- och barnhälsan, Barn- och ungdomshabiliteringen och BUP har inte genomförts under 2011. Däremot har uppdraget att förbättra samverkan med vuxenpsykiatrin genomförts.

Av målen som handlar om "god vård", som inte är tidsbestämda, har inte målen om deltagande i kvalitetsregister uppnåtts eller diagnosregistrering två månader efter avslutat vårdtillfälle uppfyllts. En större andel av patienterna vid BUP är diagnosregistrerade inom två månader, men dock är det fortfarande cirka 35 procent som inte registreras, vilket gör att man är ganska långt ifrån målet 100 procent.

Finns en klar gränsdragning mot andra aktörer som t.ex. primärvård och kommunernas elevhälsoverksamhet?

Vi bedömer att det i flera avseenden, trots BUP:s uppdrag, är oklart definierat vad de olika aktörernas uppdrag är, både inom landstinget och mellan landsting och kommuner. De kommande samverkansavtalen bör öka tydligheten. Det saknas en gemensam definition av vad som är basinsatser – som riktar sig till alla och vad som är första linjens insatser – som innebär utredning och behandling av lindrigare tillstånd samt vad som är specialistnivå.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Den genomförda enkäten med hälsocentraler visar att hälsocentralerna inom Hälsoval i Jämtland tar ansvar för barn och ungdomar med psykiska symtom. Det innebär att primärvårdsnivån inom JLL tar ett första linjens ansvar för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiska symtom. Detta är inte tydliggjort i uppdraget till hälsocentralerna.

Finns kompetenser för att identifiera och behandla även neuropsykiatriska tillstånd bland barn och ungdomar?

Granskningen har lett fram till bedömningen att det i dagsläget finns en personalbemanning med adekvat kompetens för utredning och behandling av barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inom JLL. Speciellt gäller detta om man **ser den samlade kompetensen** som finns inom Barn- och ungdomspsykiatrin och Barn- och ungdomshabiliteringen. Ett observandum är dock den nationella bristen på psykologer med neuropsykologisk kompetens och specialistutbildade läkare inom barn- och ungdomspsykiatri samt barnneurologi.

Sker en systematisk uppföljning av verksamheten?

BUP har påbörjat ett utvecklingsarbete för att förbättra utvärdering och uppföljning. Ett ökat deltagande i kvalitetsregister skulle kunna innebära bättre möjligheter att följa upp sin egen verksamhet men även att kunna jämföra sig med andra enheter som behandlar samma patientgrupper. Verksamheter deltar i den nationella patientenkäten under hösten 2011.

Sker dokumentation enligt regelverket?

BUP har inte uppfyllt kraven om diagnossättning. Att uppfylla dessa krav är en prioriterad uppgift inom BUP. Detta är också är formulerat som ett speciellt uppdrag till verksamheten för år 2011. Som nämns ovan är detta uppdrag inte uppfyllt fullt ut.

Har BUP en fungerande avvikelsehantering och görs händelseanalyser då vårdskador uppstått?

Det finns fastlagda rutiner för avvikelsehantering. De avvikelser som rapporteras handlar om felbokningar, felskrivning i journaler och liknande. Det har på senare år inte rapporterats några vårdskador.

Är uppnådda insatstider godtagbara i förhållande till uppsatta mål och nationella normer/praxis?

Som nämns ovan uppfyller JLL den nationella förstärkta vårdgarantin avseende barn och ungdomar i behov av specialinsatser inom barn- och ungdomspsykiatri. Några andra övergripande mål för insatstider är inte formulerade.

Sammanfattande kommentarer och utvecklingsområden

Vår bedömning är att landstingets insatser inom området barn och ungdomars psykiska ohälsa och psykiatriska sjukdomar/funktionshinder i stort sett har förutsättningar att uppfylla invånarnas behov och de nationella krav som ställs på tillgänglighet.

Bedömningen är också att det till stor del finns en ändamålsenlig samverkan inom landstinget och mellan länets kommuner, i arbetet med att främja psykisk hälsa samt tidigt upptäcka, utreda, diagnostisera och behandla psykisk ohälsa/psykisk sjukdom/funktionshinder. Samtidigt anser vi att

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

samverkan behöver tydliggöras och utvecklas för ett mer samlat resursutnyttjande bland aktörerna inom området. Det borde finnas potential till förbättringar i hela kedjan, från insatser i baslinjen till omhändertagande i första linjen och specialistvården, om en samverkan mellan aktörerna förtydligas.

I nedanstående punkter sammanfattas de utvecklingsområden som vi har identifierat i granskningen:

- För tydligare gränsdragning mot och bättre samarbete med övriga aktörer inom området bör landstinget prioritera att färdigställa samverkansavtalen mellan JLL och kommunerna.

- Landstinget bör tydligare definiera landstingets första linjens insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett sådant arbete bör innehålla en inventering om var insatser görs för barn med psykisk ohälsa. Alla landstingsverksamheter som möter barn bör delta i ett sådant arbete inklusive hälsocentralerna.

- De mål som är formulerade i Verksamhetsplanen bör tidsbestämmas för att få en tydligare målbild och för att kunna mäta om målen uppnås.

- BUP bör tillsammans med Barn- och ungdomshabiliteringen och Föräldra- och barnhälsan snarast implementera de möjligheter till förbättring som analysen av processen kring barn/unga med neuropsykiatriska störningar visade.

- BUP bör se över rutinerna för diagnosregistrering och redogöra varför man fortfarande är så långt ifrån målsättningen 100-procentig diagnosregistrering.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

2. Bakgrund

KPMG har av revisionskontoret i Jämtlands län landsting (JLL) fått i uppdrag att genomföra en granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Jämtlands läns landstings revisorer har bedömt det angeläget att genomföra en granskning av Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inom Jämtlands läns landsting.

Flera undersökningar under de senaste decennierna från t.ex. Sveriges folkhälsoinstitut[1] och Socialstyrelsen pekar på att den psykiska ohälsan har ökat bland barn och ungdomar, även om flertalet barn och unga i Sverige mår bra. Behovet och efterfrågan av insatser från samhället har ökat. De verksamheter som ofta nämns som viktiga i detta sammanhang är kommuners socialtjänst, skolan, primärvård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomsmedicin samt barn- och ungdomspsykiatri m.fl. Behovet och efterfrågan har inneburit långa väntetider för specialistbedömningar och -insatser inom t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin.

För att lösa den problematiken enades Regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2009 i en överenskommelse att fortsätta förändringsarbetet inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom.

En konsekvens av överenskommelsen är den förstärkta vårdgarantin som gäller för barn och ungdomar med psykisk ohälsa sedan år 2010. Vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatrin fungerar enligt samma princip som för den övriga vårdgarantin. Den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatrin gäller barn och unga med psykisk ohälsa som ska vårdas på specialistnivå.

Detta innebär större krav på en fungerande första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Definitionen av och ansvaret för första linjens vård och omsorg skiljer sig åt i landet och kan innebära insatser både från kommun och från landsting. (t.ex., elevhälsa, ungdomsmottagningar och primärvård).

För att få en god och ändamålsenlig vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa/psykisk sjukdom krävs ett väl fungerande samarbete mellan olika verksamheter såväl inom landstinget som mellan landstingets verksamheter och kommunal verksamhet.

Revisorerna önskade utifrån ovanstående bakgrund att få den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och dess uppdrag i Jämtlands läns landsting belyst.

3. Syfte och revisionsfrågor

Det huvudsakliga syftet med granskningen var att belysa om landstingets insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiatrisk sjukdom motsvarar invånarnas behov, landstingets mål samt nationella krav och riktlinjer. Granskningen ska också belysa om det finns en ändamålsenlig samverkan inom landstinget samt mellan landstinget och länets kommuner inom området. Granskningen har utgått från nedanstående revisionsfrågor:

[1] Kartläggning av den psykiska hälsan bland barn och unga, Statens Folkhälsoinstitut, 2011.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

- Finns mål för produktionen, tillgängligheten mm?
- Finns en klar gränsdragning mot andra aktörer som t.ex. primärvård och kommunernas elevhälsoverksamhet.
- Finns kompetenser för att identifiera och behandla även neuropsykiatrisk tillstånd bland barn- och ungdomar?
- Sker en systematisk uppföljning av verksamheten?
- Sker dokumentation enligt regelverket?
- Har BUP en fungerande avvikelsehantering och görs händelseanalyser då vårdskador uppstått?
- Är uppnådda insatstider godtagbara i förhållande till uppsatta mål och nationella normer/praxis?

4. Revisionskriterier

Vi har bedömt om verksamheten inom BUP uppfyller kraven och intentionerna enligt följande lagar, riktlinjer och planer:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Nationella riktlinjer och föreskrifter inom området
- Landstingsplanen
- Tillämpliga regler inom landstinget

5. Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är landstingsstyrelsen för Jämtlands läns landsting.

6. Metoder

Granskningen har genomförts genom studier och analyser av interna och nationella dokument och rapporter inom området. Intervjuer har genomförts med enhetschef och personal vid BUP, chefer och övrig personal vid Barn- och ungdomsmedicin, Vuxenpsykiatri, Barn- och ungdomshabiliteringen, Föräldra- och barnhälsan, Elevhälsan i Östersund, BVC-sjuksköterskor samt biträdande landstingsdirektören och Hälsovalet Jämtland. Dessutom har enkätundersökningar genomförts riktade till kommunerna, socialtjänst och elevhälsa samt hälsocentraler.

7. Projektorganisation

Granskningen har utförts av konsulterna Örjan Garpenholt och Catarina Wester, KPMG. Ansvarig projektledare vid landstingets revisionskontor har varit Majvor Enström, revisionsdirektör och certifierad kommunal revisor. Rapporten är sakgranskad av verksamhetschefen vid BUP, JLL.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

8. Definitioner

Basnivå
Förebyggande insatser som riktar sig till alla barn och unga, i flera sammanhang även benämnt folkhälsoinsatser. Med tidiga insatser menas tillgång till information, enklare rådgivning, självhjälpsmaterial i tryck eller på nätet, självhjälpsgrupper m.m. Skolpersonal, all personal i hälso- och sjukvård samt personal inom socialtjänsten som kommer i kontakt med barn och ungdomar bör veta var det finns information och rådgivning att få.

Första linjens insatser för att behandla psykisk ohälsa
Insatser inom exempelvis barnhälsovård, primärvård, familjecentraler, ungdomshälsa och skolhälsovård. På den här nivån kan lindrigare fall av depressioner, ångest, ätstörningar, inlärningsstörningar, beteendeproblem m.m. utredas och åtgärdas.

Specialistinsatser
Specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska insatser för allvarligare fall av ovanstående tillstånd inom barnmedicin, barnhabilitering samt barn- och ungdomspsykiatri. Även vissa insatser som beslutas av kommunen skall enligt Socialtjänstlagen ses som specialistinsatser för att behandla psykisk ohälsa och sociala problem.

Psykisk ohälsa
När barn och ungdomar uppvisar psykiska symtom som inte är tillfälliga, avviker i beteende eller inte utvecklas som förväntat i psykiskt hänseende. I begreppet psykisk ohälsa ingår psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder.

9. Lagar, föreskrifter och riktlinjer inom området

Förstärkta vårdgarantin
Barn- och ungdomspsykiatrin omfattas av förstärkt vårdgaranti, en vårdgaranti som innebär ett första besök inom 30 dagar och ett första besök till behandling/utredning inom 60 dagar. Det är en överenskommelse mellan Regeringen och SKL som syftar till en långsiktig satsning för att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (Regeringsbeslut 2009-12-17 nr I:23).

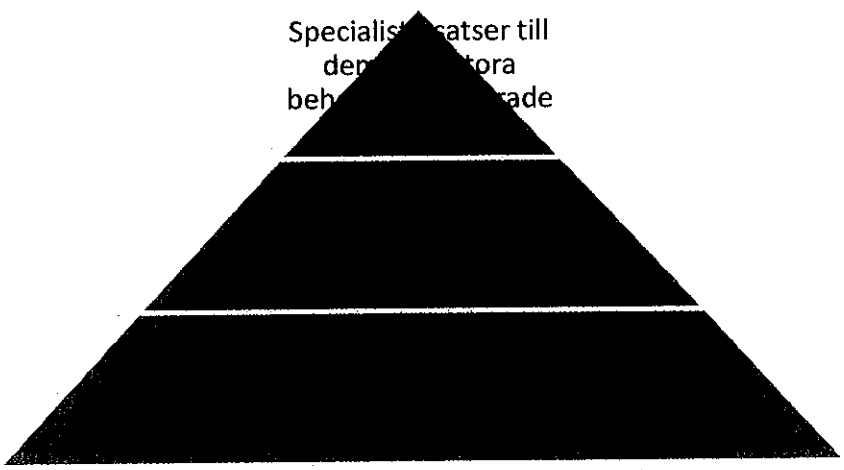
Statsbidrag betalas ut till landstingen för att stödja deras arbete med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (regeringsbeslut 2009-02-26 nr I:7). Bidragen kan förutom insatser för ökad tillgänglighet, användas till att utveckla och samordna rollerna och funktionerna för de aktörer som medverkar i den så kallade *första linjens barn- och ungdomspsykiatri* om landstingen bedömer att det bidrar till att nå målet. En förutsättning för att få ta del av bidraget är att landstinget rapporterar väntetider till databasen *Väntetider i vården*. Bidraget betalas ut efter prestation och baseras på de resultat som respektive landsting har uppnått och som kan påvisas via databasen.

Ett av de allmänna villkoren för att erhålla statsbidraget är att landstinget redovisar hur ansvarsfördelningen ser ut i landstinget angående utredning och behandling av psykisk ohälsa hos barn

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

och ungdomar, dvs. vilka verksamheter som har uppdrag att erbjuda specialistvård respektive första linjens vård. Socialstyrelsen följer upp hur landstingen använder bidraget.

Första linjens barn och ungdomspsykiatri
Som nämns ovan var bakgrunden till att förstärka vårdgarantin bland annat grundat i behovet av att öka tillgängligheten till specialinsatser inom barn- och ungdomspsykiatri samt att tydligare definiera första linjens insatser till barn och unga inom området psykisk ohälsa. En av målsättningarna med överenskommelsen var att stimulera till samverkan över organisationsgränserna för att på ett bättre sätt främja barns hälsa och på ett bättre sätt möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga. Vanligen beskrivs insatserna för barn och ungdomar för att främja psykisk hälsa och behandla hälsa samt behandla psykisk ohälsa/sjukdom, enligt bilden i form av en pyramid se figur 1.



Figur 1. Indelning av insatser för att främja psykisk hälsa och ge insatser till barn och unga med psykisk ohälsa/psykiska sjukdomstillstånd

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL beskrivs inte hur den första linjens insatser skall utformas. I uppdraget ingår däremot att i samverkan med andra definiera första linjens insatser och hur basinsatser, första linjen och specialistinsatser samverkar och kommunicerar.

Landstingsplanen
Landstingsplanen är det övergripande styrdokumentet i landstinget. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med landstingets policyer, strategier, handlingsplaner, regler och riktlinjer. Där anges att ett tvärprofessionellt arbetssätt med respekt för olika yrkeskategoriers kompetens är nödvändigt och det gagnar helhetssynen – en helhetssyn på ungdomar där kroppslig, psykisk och social utveckling ingår.

Ett av inriktningsmålen i landstingsplanen som rör området barn och ungdomar, är att landstinget ska främja barn och ungdomars hälsa. Den aktivitet som nämns i planen handlar om att landstinget i samverkan med kommunerna tidigt ska uppmärksamma och åtgärda tecken på psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

10. BUP:s organisation och uppdrag

10.1 Iakttagelser

BUP ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende barn- och ungdomspsykiatri. Målgrupperna för barn- och ungdomspsykiatrin avgränsas åldersmässigt till barn och ungdomar i åldrarna 0-17 år.

BUP:s verksamhetsidé enligt Verksamhetsplanen för 2011
Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet ska genom hälsofrämjande arbete åstadkomma att barn och ungdomar i Jämtlands län får förbättrad hälsa. De barn och ungdomar som upplever psykisk ohälsa ska mötas av en hög kompetens och en god tillgänglighet.

BUP:s uppdrag enligt Verksamhetsplanen för 2011
- Att genom hälsofrämjande insatser verka för en förbättrad hälsa bland barn och ungdomar i Jämtland.
– Att identifiera och stötta den friska kraft som finns i varje barn, dess förälder och dess nätverk privat och i samhället.
- Att bedriva och utveckla barn- och ungdomspsykiatrisk utredning och behandling med barn, ungdomar och deras familjer när psykisk ohälsa uppstått.

I Verksamhetsplanen 2011 beskrivs ett antal särskilda uppdrag till BUP och mål för verksamheten. Målen följer landstingets uppdelning i områdena folkhälsa, god vård, attraktiva arbetsplatser och god ekonomi. Relevanta mål inom området god vård och uppdrag presenteras i kommande avsnitt.

BUP-verksamheten är en del av den specialiserade länssjukvården. Den ingår som en del i verksamhetsområdet Barn/Kvinna. I Jämtlands län ansvarar BUP-verksamheten för all specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Tillsammans med Vuxenpsykiatrisk verksamhet bemannar och ansvarar de för Ungdomspsykiatrisk verksamhet. BUP bidrar även med resurser till Ungdomsmottagningen i Östersund. Från och med den 1 januari ändras verksamhetsindelningen, vilket bland annat innebär att Vuxenpsykiatrin kommer att finnas inom samma centrum som BUP. Det finns inom BUP två enhetschefer i samledarskap som är underställda områdeschef. En av överläkarna är medicinskt ledningsansvarig.

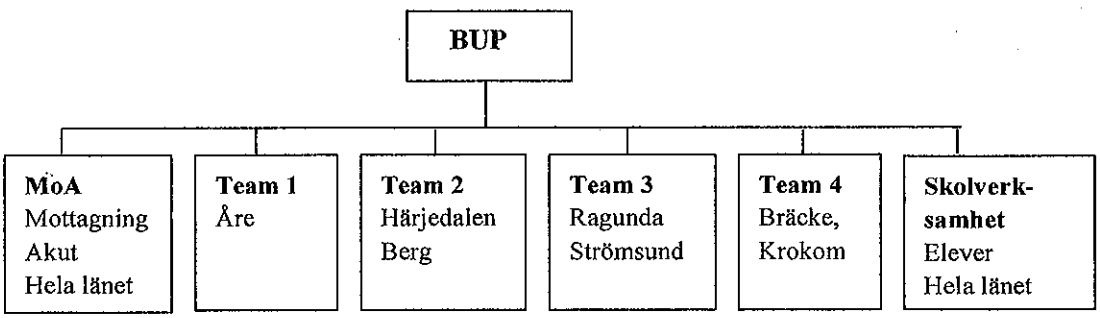
BUP:s uppdrag innebär att både ansvara för första linjen och specialistnivån inom Barn- och ungdomspsykiatri inom Jämtlands läns landsting.

BUP är för närvarande lokaliserade i "Borgen" på Frösön. År 2013 kommer verksamheten att flytta till gemensamma lokaler med Barn- och ungdomshabiliteringen, Ungdomspsykiatrisk verksamhet, Föräldra och barnhälsan och resursenheten för vuxenhabilitering i centrala Östersund.

Verksamheten är organiserad i sex team, se figur 2. Det finns ett mottagnings- och akutteam som tar emot förfrågningar och ger rådgivning. Mottagnings- och akutteamet gör även bedömning om ett ärende skall betraktas som akut eller inte. Det finns också fyra team med geografiskt ansvar för handläggning av ärenden. Ärenden gällande Östersunds kommun fördelas mellan teamen. Teamarbetet leds av en samordnare som fördelar arbetet i teamet. Det finns även en skolverksam-

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

het som består av tre lärare (anställda av Östersunds kommun) och två handläggare som handlägger ärenden i skolan och som kvarstår i skolan där inte andra öppenvårdsinsatser inte räckt till. Det finns även olika tvärgrupper t.ex. ätstörnings- och spädbarnsgrupp.



Figur 2. Teamindelning vid Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom Jämtlands läns landsting

10.2 Socialstyrelsens tillsyn

I samband med att Socialstyrelsen år 2008 - 2009 genomförde en verksamhetstillsyn avseende barn och ungdomars psykiska hälsa i hela landet, genomfördes ett tillsynsbesök vid BUP, Östersund under hösten 2008.

I den rapport som upprättades konstaterade Socialstyrelsen att man inte kunde finna några brister avseende patientsäkerhetsarbetet och man gjorde bedömningen att det på många områden fanns väl utvecklade rutiner. Däremot ansågs att BUP hade svårt att avgränsa sitt uppdrag som specialistverksamhet till följd av brist på första linjens vård och att en samsyn med vuxenpsykiatrin inte utvecklats på väsentliga områden. Socialstyrelsen konstaterade att det resulterat i att verksamhetens utrymme att bedriva specialiserad barn- och ungdomspsykiatri begränsats.

Socialstyrelsens uppfattning var att det behövdes ett tydligare definierat uppdrag från uppdragsgivare som avgränsar den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin och att en första linjens barn – och ungdomspsykiatri definieras.

10.3 BUP – första linjens uppdrag

Efter Socialstyrelsens tillsyn har BUP:s uppdrag förtydligats. För närvarande ingår i BUP:s uppdrag att både utgöra första linjens barn- och ungdomspsykiatri samt specialistnivå.

Vi kan inte se att detta förändrade/förtydligade uppdrag föregåtts av någon utredning eller analys av vilka konsekvenser det innebär att för specialistverksamheten att BUP också har ett första linjens uppdrag inom området. Det finns heller ingen beskrivning av vad detta får för konsekvenser för andra aktörer som möter barn och unga som t.ex. primärvården, elevhälsa, barn och ungdomsmedicin, barnhälsovård och i viss utsträckning kommunernas socialtjänst.

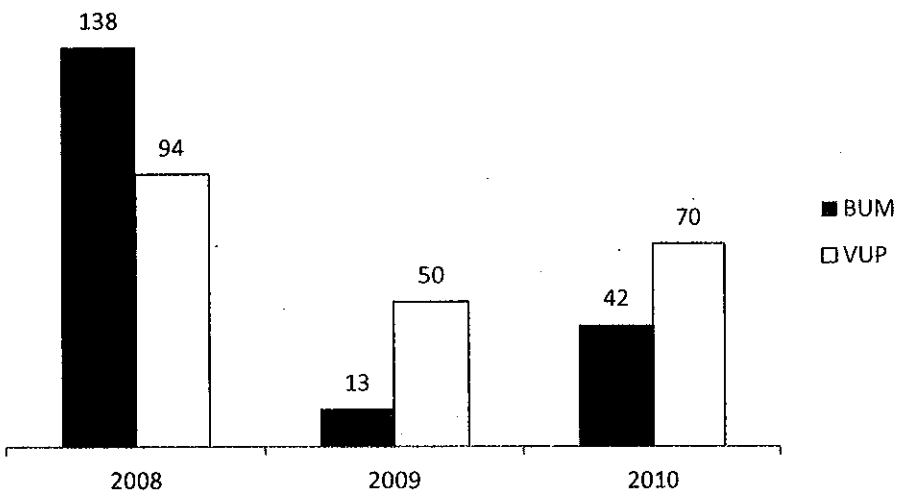
Den personal vid verksamheten som intervjuats beskriver att det är bra att uppdraget förtydligas men att det inte innebär någon egentlig förändring mot tidigare. Samtidigt beskrivs att beslutet om

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

det förtydligade uppdraget inte föregicks av någon dialog som BUP-verksamheten eller andra landstings- eller kommunala verksamheter som möter barn, deltog i.

10.4 Slutenvård

BUP har inga egna slutenvårdsplatser. Om behov av slutenvård finns bedrivs den antingen vid barn- och ungdomsmedicin eller Vuxenpsykiatrin. I vissa fall sker slutenvård som utomlänsvård vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. I nedanstående figur visas antal slutenvårdsdagar vid Barn- och ungdomsmedicin och BUP för åren 2008 – 2010.



Figur 3. Antal vårddagar av sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård vid Barn och ungdomsmedicin (Barn- och ungdomsmedicin) och Vuxenpsykiatrin (VUP) inom JLL 2008 – 2010.

Noteras skall att för t.ex. år 2010 var det tre patienter som stod för 42 av vårddagarna vid Barn- och ungdomsmedicin och 17 patienter som stod för de 70 vårddagarna vid VUP.

Kommentarer
Vår bedömning är att BUP har ett tydligt uppdrag som omfattar både den specialiserade nivån av barn- och ungdomspsykiatri och första linjens barn och ungdomspsykiatri.

Vi befinner det dock anmärkningsvärt att beslutet att BUP skall ha detta kombinerade uppdrag inte föregåtts av någon konsekvensanalys/utredning för de verksamheter som berörs.

Enligt Socialstyrelsens bedömning[2] är det en grannlaga uppgift att definiera vad som är första linjens barn- och ungdomspsykiatri. Vi har förståelse för att det kan vara praktiskt för ett län av Jämtlands storlek (med avseende på befolkningsunderlag) att samla den första linjens barn- och ungdomspsykiatri till BUP. Vår bedömning är att trots att BUP har uppdraget att bedriva första

[2] Socialstyrelsen verksamhetstillsyn BUP Östersund, dnr 44-6695/2008

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

linjens barn- och ungdomspsykiatri så bedrivs sådana insatser även vid andra enheter i länet som t.ex. primärvård och elevhälsa (se även avsnitt 13.1.1.5 om primärvård).

Vi anser att konsekvenserna av att ge BUP både första linjens och specialisttuppdraget borde ha analyserats noggrannare innan beslutet fattades. En sådan analys borde enligt vårt förmenade innehålla diskussioner med verksamheter, i kommuner och inom landstinget, som möter barn och unga. Dessa borde ha fått ge sin syn på var första linjens insatser skall utföras. T.ex. anser vi att det kan finnas en risk att man överbehandlar och gör barn sjukare genom att man blandar specialistuppdraget med första linjens uppdrag. Det kan även finnas en risk att möjligheten till fokusering på barn med störst behov, trängs undan av den större volymen av lindrigare psykiska problem och tillstånd.

Det bör också påpekas att BUP:s uppdrag inom första linjens insatser till barn och unga med psykisk ohälsa avser landstingets insatser och inte de insatser som sker inom kommunerna som t.ex. elevhälsa och socialtjänst

När det gäller slutenvården av BUP:s patienter så delar vi den uppfattning som BUP själva beskriver, att det inte är rimligt/ kostnadseffektivt att ha egna slutenvårdsplatser. Vi anser att behovet av slutenvård kan uppfyllas på det sätt som sker idag.

11. Tillgänglighet

Tillgängligheten till BUP måste ses i ett helhetsperspektiv där hela kedjan av aktörer och insatser från elevhälsa/skolhälsovård, socialtjänst, barnhälsovård, primärvård och barnpsykiatri hänger ihop och är avgörande för tillgängligheten för den enskilda individen. Tillgängligheten till specialistverksamheten är beroende av tillgängligheten i de övriga verksamheterna[3].

Vid initial kontakt med första linjens vård bör det finnas personal med tillräcklig kompetens att kunna skilja på psykisk ohälsa och social problematik. Vid första bedömningen på specialistnivå ska personalen ha tillräcklig kompetens för att kunna bedöma om patienten behöver specialistvård eller om det räcker med konsultation och rådgivning för att behandlingen ska kunna fortsätta i första linjen[4].

11.1 Iakttagelser

Inkommande akuta telefonsamtal hanteras dagtid kl. 8.00 - 21.00 måndag – torsdag respektive kl. 8.00–19.00 fredag till söndag av BUP:s mottagnings- och akutgrupp, dels till mottagningstelefon med telefonpassning och röstbrevlåda, dels till en särskild anknytning vid akuta behov. Efter kl. 21.00 respektive kl.19.00 fram till kl. 8.00 på morgonen har BUP personal i beredskap (idag ett trettiotal medarbetare med olika yrkesbakgrund, med god erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri) för telefonrådgivning till hjälpsökande samt samråd med Barn- och ungdomsmedicins jourverksamhet alternativt vuxenpsykiatrins jourverksamhet, när det gäller barn respektive ungdomar som aktualiseras som jourfall och kan antas behöva barn- och ungdomspsykiatrisk handläggning.

[3] Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, SKL 2009

[4] Ibid.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Beredskapen kan också erbjuda besök vid BUP dagen därpå.

Alla nya ärenden bedöms av läkare, som sedan fördelar ärendet i teamet, vilket är tvärprofessionellt sammansatt. En eller två ärendeansvariga handläggare samlar inledningsvis information om patientens aktuella bekymmer/besvär, livssituation och bekymrens förhistoria. Därefter görs ett ställningstagande till fortsatt handläggning i form av rådgivning, fördjupad anamnes, behandlingsförsök, fördjupad utredning, kontakt med andra samhälleliga institutioner såsom remittent, skola, övrig sjukvård, socialtjänst etc. Syfte/behandlingsplanering dokumenteras i journalen.

Efter inledande 1- 4 samtal ska ärendet föredras i teamet och ett ställningstagande görs till om problemet kan antas vara tillräckligt löst eller om en fortsatt handläggning enligt ovan kan bli aktuell. Beslut dokumenteras i journal. Ärenden som tenderar att bli längre ska fortlöpande utvärderas, med exempelvis hjälpmedel som skattningsskalor eller utvärderande samtal. Dessa ärenden ska även tas upp till förnyad teamdiskussion och handledning.

Enligt resultatet från databasen *Väntetider i vården* för år 2010 har Jämtlands läns landsting levt upp till åtagandet enligt den förstärkta vårdgarantin. Det ledde till ett sammanlagt statsbidrag på 7,6 mnkr till Jämtlands läns landsting 2010. Av dessa var cirka 3, 5 mnkr riktade till området barn och ungdomars psykiska hälsa och fördelades enligt nedan[5].

Tabell I. Fördelning av 2010 statsbidrag till JLL för en förstärkt vårdgaranti psykisk ohälsa barn och unga

	Tilldelade medel
Totalt	**3 471 792 kr**
Verksamhetsområde	
Mödrahälsovård	283 tkr
Barn- och Ungdomspsykiatri*	2 537 tkr
Barn- och ungdomshabiliteringen	621 tkr

*=Inklusive Ungdomspsykiatrisk mottagning och Ungdomsmottagning.

Det görs ingen indelning i patienter i första linjens insatser och specialistinsatser. I intervjuer framhålls att arbetet vid BUP har varit mycket inriktad på tillgänglighetsfrågor. Det har inneburit en hårdare prioritering och med en risk att de med större behov kan ha fått mindre och färre insatser än vad deras behov egentligen kräver.

Kommentarer
BUP uppfyller krav på tillgänglighet enligt den förstärkta vårdgarantin om tillgänglighet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Eftersom en delmängd av det som redovisas från BUP bör ses som första linjens barn- och ungdomspsykiatri, uppfyller även JLL den förstärkta vårdgarantin vad gäller arbetet med tillgänglighet till första linjens insatser. Vi bedömer att det finns en risk när även första linjens vård inkluderas i vårdgarantin, att de med störst behov (speci-

[5] Insatser till Barn och unga med psykisk ohälsa, uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Socialstyrelsen, 2011.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

alistnivån) får stå tillbaka. Vi har inga belägg för att så är fallet men vi ser det som en potentiell risk som bör uppmärksammas.

12. Behandling och utredning av neuropsykiatriska funktionshinder

En stor del av BUP:s verksamhet är att utreda, diagnostisera och behandla neuropsykiatriska funktionshinder.

Neuropsykiatrisk problematik och neuropsykiatriska funktionshinder hos barn och ungdomar har i ökad utsträckning identifierats under senare år. Det gäller framförallt aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (ADHD), problematik inom autismstörningsspektrum (autism, Aspergers syndrom, atypisk autism) och svåra tics (Tourettes syndrom). En ökning av antalet äldre barn och ungdomar med sammansatt och svårbedömd problematik och en viss ökning av flickor har observerats.

Under senare år har en stor kunskapsutveckling skett om neuropsykiatriska funktionshinder. Det finns idag en generell kompetens i t.ex. kommuners barn- och elevhälsoteam, vilket gör att fler barn upptäcks och remitteras vidare till utredning och behandling. I Sverige beräknas idag att mellan 3-6 procent av alla skolbarn har funktionsnedsättningen ADHD och 0,5-1 procent i befolkningen beräknas ha en funktionsstörning inom autismspektrumstörning. En ökad efterfrågan av medicinering och vissa rättigheter kopplade till diagnos inom autismområdet (insatser enlig LSS) bedöms också ha påverkat behovet av utredning och diagnostik.

I många fall är de insatser som ges på bas och första linjens nivå tillräckliga (ref). En målsättning för omhändertagandet av barn och unga med dessa funktionshinder bör vara att efter utredning och diagnostik kunna erbjuda tidiga och förebyggande insatser utifrån funktion och faktiskt behov. Behandlingserfarenheter har visat att tidiga insatser ger bättre resultat och en minskad risk för att utveckla tilläggsproblematik.

Utredning och diagnostisering inom ADHD och Autismspektrumstörning sker både vid BUP och vid Barn- och ungdomshabiliteringen inom JLL. Vid BUP finns riktlinjer för BUP:s handläggning av ADHD- respektive Autismspektrumstörning. Bägge dessa riktlinjer är från år 2008.

Det finns två avgörande skillnader vid handläggningen av neuropsykiatrisk utredning vid BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen. För att en utredning skall göras vid Barn- och ungdomshabiliteringen krävs remiss, vilket inte är fallet vid BUP. Det gör att en första grundläggande utredning/bedömning oftare redan är genomförd när undersökning skall påbörjas vid Barn- och ungdomshabiliteringen än vid BUP. Vid BUP finns inte kompetens/utbildning inom alla utredningsinstrument, som ADOS, för att diagnostisera autismspektrumstörning. Det innebär att de flesta med Autismspektrumstörning diagnostiseras och behandlas vid Barn- och ungdomshabiliteringen.

Medicinering med centralstimulantia i små doser för att lindra symtom vid neuropsykiatriska funktionshinder har ökat de senare åren. Centralstimulerande medel vid ADHD får endast förskrivas av läkare med specialistutbildning inom barn- och ungdomspsykiatri eller psykiatri. För att medicinering skall påbörjas skall en utredning vara genomförd och diagnos ställd. Vid våra intervjuer beskriver man att så alltid är fallet. Vid BUP sker uppföljningen av behandling av cen-

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

tralstimulerade läkemedel av behandlande läkare och är inte delegerat till t.ex. sjuksköterska. Läkarna vid enheten anser att detta är mycket tidskrävande och diskussioner förs för att uppföljning av behandling skall samordnas på ett effektivare sätt.

BUP deltar i det nationella kvalitetsregistret för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD (BUSA). Även om man är en deltagande enhet i registret så beskriver man att man i låg grad registrerar sina patienter.

Kommentarer
Utredning och behandling av neuropsykiatriska funktionshindrade är en stor del av BUP:s verksamhet. Som beskrivs ovan så sker utredning och behandling vid två verksamheter inom JLL. Detta diskuteras i nedanstående stycke om samverkan och ansvarsfördelning. Vår bedömning är att JLL (BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans) har förutsättningar att uppfylla de krav som kan ställas för att uppfylla behovet av neuropsykiatrisk utredning, diagnostisering och behandling i Jämtlands län.

13. Samverkan och ansvarsfördelning mellan aktörerna

Enligt SKL:s rapport *Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa* (2009-01-13) går det inte att rekommendera ett enda sätt eller en modell för hur ansvarsfördelning och verksamheter ska utformas, utan det måste ske utifrån lokala förutsättningar och behov i kommuner och landsting. De anser vidare att kommuner och landsting behöver göra lokala överenskommelser och gemensamt planera hur behoven av insatser på specialist-, första linjens nivå samt basnivå ska tillgodoses för att få ett effektivt resursutnyttjande.

13.1 Iakttagelser

Enligt BUP söker de flesta (cirka 60 procent) själva hjälp direkt till BUP utan att gå via primärvård, elevhälsa eller annan aktör. Resterande har remitteras från framför allt Barn- och ungdomsmedicin, skolhälsovård och socialtjänst. Det innebär att BUP tar den en stor del av första linjens insatser enligt BUP:s personal. Det går inte att utifrån tillgänglig statistik kvantifiera detta.

För att i möjligaste mån tillgodose behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens i länets ytterområden arbetar BUP med filialverksamhet i samtliga kommuner 1-2 ggr/mån. Patienter har då möjlighet till möten på hemorten. Filialverksamheten sker i form av samverkan (konsultation och samarbete) med olika aktörer i kommunens centralort framförallt med elevhälsa och socialtjänst och i vissa fall med BVC och Hälsocentraler.

Enligt *Verksamhetsplan Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet 2011* ska BUP i samverkan med kommunerna tidigt uppmärksamma och åtgärda tidiga tecken på psykisk ohälsa hos barn och ungdomar samt utarbeta riktlinjer för samverkan och förankra dessa i landsting och kommun.

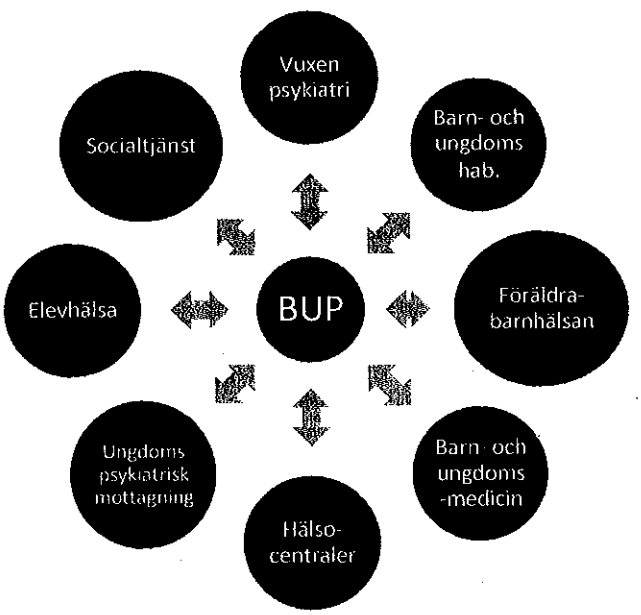
BUP ska enligt Verksamhetsplan 2011 slutföra arbetet kring avtal mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner och skriva avtal kring samverkan och behandlingsplanering. BUP håller på att slutföra ett formellt reglerat samarbetsavtal med Östersunds kommun. Enligt Verksam-

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

hetsplan skulle detta ha skett under 2011. Det uppges att motsvarande överenskommelser är på gång med övriga kommuner i länet.

Arbetet har benämning *Jämtbus*. Vi har tagit del av en remissversion från år 2010. Enligt uppgift är arbetet med Jämtbus i slutfasen. I arbetsmaterialet beskrivs hur såväl kommunernas som landstingets instanser skall samverka kring barn och unga i behov av särskilt stöd. I det utkast som vi har tagit del av, definieras basnivån av insatser och specialistnivån inom landsting och kommuner. I dokumentet särskiljs inte basinsatser och första linjens insatser.

Samverkan inom området barn och ungas hälsa är omfattande. Nedan beskrivs kortfattat den samverkan som sker med några av de aktörer som BUP samverkar med (figur 4).



Figur 4. Exempel på verksamheter inom landstinget och kommuner som samverkar med BUP

13.1.1 Samverkan med landstingsverksamheter

13.1.1.1 Vuxenpsykiatri

Den vuxenpsykiatriska verksamheten inom JLL, som efter årsskiftet kommer att finnas inom samma verksamhetsområde (efter 1 januari 2011 benämnt Centrum), samverkar med BUP inom flera områden.

Som nämnts ovan så har BUP inga egna slutenvårdsplatser. En del av de patienter som har behov av slutenvård vårdas vid vuxenpsykiatrins vanliga avdelningar. Det är få BUP-patienter som vårdas vid kliniken (se figur 2). Vården sker framförallt vid svåra tillstånd och ibland även tvångsvård. Målsättning vid vården är att så långt som möjligt anpassa vården till den unga.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Under jourtid tar vuxenpsykiatrins akutmottagning emot även barn och unga i de fall då slutenvård är aktuellt. För att i större utsträckning anpassa mottagningen för barn och unga har ett speciellt ungdomsrum iordningställts vid vuxenpsykiatrins akutenhet.

Det finns avstämningsgrupper mellan BUP och vuxenpsykiatrin och Barn- och ungdomsmedicin avseende slutenvård och den akutpsykiatriska verksamheten. Gruppen träffas regelbundet. Det finns även ett samarbete formulerat avseende ätstörningar.

En behovsgrupp som man också samverkar om, är unga med en samsjuklighet t.ex. missbruk och samtidig psykisk störning

Ett problem som tas upp i våra intervjuer är övergången mellan BUP och VUP, när en patient uppnår 18 års ålder. Det händer ibland att BUP inte anser det lämpligt att lämna över en patient till vuxenpsykiatrin och att patienten även efter 18 års ålder får insatser av BUP. Detta gäller patienter som redan är under behandling på BUP och inte nya patienter.

Enligt BUP:s Verksamhetsplan 2011 måste ur ett landstingsperspektiv ett närmare samarbete med vuxenpsykiatrin komma till stånd. Detta gäller såväl slutenvård som beredskapslinjer. BUP menar att detta är på väg att förbättras genom att BUP och vuxenpsykiatrin nu har kommit igång med de regelbundna samverkansträffarna igen och att de nu reviderar samverkansdokumentet gällande slutenvård.

13.1.1.2 Ungdomspsykiatriska mottagningen

Ungdomspsykiatrisk mottagning är en öppenvårdsmottagning i samarbete mellan vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin. Mottagningen är ett komplement till dessa verksamheter och riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldern 16-25 år.

Ungdomspsykiatriska mottagningen är inte en övergång mellan BUP och vuxenpsykiatrin utan en fristående öppenvårdsverksamhet. Mottagningen bemannas av personal från BUP och vuxenpsykiatrin. En del av personalen har hela sin arbetstid förlagd till Ungdomspsykiatriska mottagningen men flertalet av personalen tjänstgör både vid Ungdomspsykiatriska mottagningen och vid respektive basverksamhet. Det är inget remisstvång till Ungdomspsykiatriska mottagningen utan man söker på eget initiativ

Vid våra intervjuer påpekas att det har varit problem med kontinuiteten gällande bemanning vid verksamheten, framförallt när det gäller läkarmedverkan från VUP. Under senaste året har kontinuiteten varit god. Ungdomspsykiatriska mottagningen har ett länsuppdrag men det är företrädesvis unga från Östersund som söker till verksamheten.

13.1.1.3 Barn och ungdomsmedicin

I många delar gränsar Barn- och ungdomsmedicins uppdrag till BUP. De beskriver att samarbetet med BUP är ändamålsenligt och i stora delar fungerar väl. Mycket beror på goda personliga kontakter och inte på formulerade överenskommelser. Den slutenvård av BUP-patienter som bedrivs på kliniken beskrivs fungera mycket väl. Det handlar oftast om unga med ätstörningar. Det finns enligt Barn- och ungdomsmedicin väl utarbetade rutiner som fungerar bra för vården av dessa

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

patienter. Det är få patienter med långa vårdtider. Personalen vid barn- och ungdomsmedicin uppges få ett gott stöd av BUP:s ätstörningsteam.

En patientgrupp som inte ingår i redovisningen av de barn och ungdomar som läggs in på Barn- och ungdomsmedicin, är de med alkoholförgiftning. År 2010 var antalet vårdtillfällen för alkoholförgiftning vid Barn- och ungdomsmedicin i Östersund högst i landet om jämförelsen görs per 1 000 invånare. I Jämtland var det 1,2 vårdtillfällen per 1 000 invånare. Det var dubbelt så många vårdtillfällen än i de flesta andra landsting i landet. Dessa patienter tas efter det akuta omhändertagandet omhand av BUP.

Det finns ingen överenskommelse/riktlinje om handläggning av neuropsykiatrisk utredning mellan Barn- och ungdomsmedicin/BUP/Barn- och ungdomshabiliteringen. En av de läkare (neurolog) som tjänstgör vid Barn- och ungdomshabiliteringen har också viss tjänstgöring vid Barn- och ungdomsmedicin och eventuella frågeställningar inom det neuropsykologiska området kan därför lösas inom kliniken eller remitteras till BUP/Barn- och ungdomshabiliteringen.

Vid vår intervju påpekar Barn- och ungdomsmedicin behovet av egen psykologisk kompetens för patienter med långvariga sjukdomar (t.ex. kroniska tarmsjukdomar, diabetes och cancersjukdomar) och psykosomatiska besvär. Man anser att det skulle vara av stort mervärde för dessa patientgrupper om den kompetensen fanns internt. Idag får det lösas genom att man skickar remiss till BUP .

13.1.1.4 Barn och ungdomshabiliteringen

Barn- och ungdomshabiliteringen (Barn- och ungdomshabiliteringen) är en landstingsverksamhet inom JLL som riktar sig till barn och ungdomar med medfödda eller förvärvade funktionsnedsättningar på neurologisk grund som ger svårighet att klara vardagligt liv. Barn- och ungdomshabiliteringen är en specialistenhet inom länssjukvården. Uppdraget och syftet med verksamheten är att ge och samordna insatser inom habilitering av de barn och unga i åldern 0-20 år som ingår i målgruppen för verksamheten.

Verksamheten bedrivs i tvärprofessionella team i vilka arbetsterapeut, barnskötare, dietist, logoped, läkare, psykolog, sjukgymnast, sjuksköterska, socionom, specialpedagog, synpedagog, teamsekreterare och uroterapeut ingår. Det finns vid enheten två specialistteam och ett resursteam. Det är framförallt det neuropsykiatriska teamet som samverkar med BUP. Teamet vänder sig till barn och unga med ADHD och autismspektrumstörning.

Som nämnts ovan utförs utredning, diagnos och behandling av neuropsykiatriska funktionshinder både vid Barn- och ungdomshabiliteringen och BUP. Orsakerna till behovet av två instanser beskrivs av de som vi intervjuat bestå i både historia och tradition, men även att Barn- och ungdomshabiliteringen har ansvaret för landstingets råd och stöd till vissa funktionshindrade enligt LSS. Eftersom autismspektrumstorning hör till personkretsen enligt LSS så beskrivs det som rimligt att Barn- och ungdomshabiliteringen har ett större ansvar för den patientgruppen avseende både utredning, diagnos och behandling.

Inom det neuropsykiatriska teamet finns det habiliteringsprogram för ADHD och autismspektrumstörning. Bägge är framtagna år 2010 och beskriver hur utredning och insatser samt målsättning med insatser som ges. Till skillnad från vid BUP är i princip en basutredning alltid genom-

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

förd innan ett barn kommer till Barn- och ungdomshabiliteringen. Det beror på som ovan beskrivits att det krävs remiss för att komma till Barn- och ungdomshabiliteringen vilket inte är fallet och förenligt med BUP:s uppdrag.

Sedan ett antal år finns det en etablerad samverkan mellan BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen i en arbetsgrupp (HOPP-gruppen). Gruppens arbete innebär att personal från BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen möts två gånger i månaden för att gemensamt gå igenom patientärenden och gemensamt genomföra utrednings- och behandlingsarbete.

Barn- och ungdomshabiliteringen deltar i kvalitetsregistret BUSA. I princip alla barn och unga som behandlas och får stöd på grund av ADHD är registrerade i det nationella kvalitetsregistret. Uppföljning av läkemedelsbehandling är till stora delar delegerade till en sjuksköterska.

13.1.1.5 Primärvården

Primärvården är i många avseenden basen i hälso- och sjukvården. Primärvården inom JLL bedrivs inom Hälsoval i Jämtlands län. För att en vårdgivare skall få bedriva primärvårdsverksamhet finns det krav som beskrivs i förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län. Om en vårdgivare ansöker om och uppfyller krav upprättas ett avtal mellan vårdgivaren och JLL. Uppdraget i Hälsoval Jämtlands län är ett s.k. helhetsuppdrag som inkluderar barnavårds- och mödravårdsinsatser. I uppdraget ingår även att utgöra första linjens vuxenpsykiatri. Speciella psykosociala team håller på att byggas upp för detta. Formellt ingår det inte i primärvårdsuppdraget att ansvara för insatser inom första linjens barn- och ungdomspsykiatri, i och med att detta är ett uppdrag för BUP.

För att ta reda på hur/om primärvårdsnivån tar hand om barn och ungdomar med lindriga symtom på psykisk ohälsa skickas en webbenkät till de Hälsocentraler som ingår i Hälsoval Jämtlands län. Enkäten skickades till verksamhetschefer och 16 av 20 verksamhetschefer/enhetschefer svarade på enkäten.

Enkäten bestod av två huvudfrågor om hur man handlägger barn och ungdomar med psykiska besvär som tar kontakt eller har kontakt med Hälsocentralen.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Tabell II. Handläggning av barn och unga vid Hälsocentraler i Jämtland (16 svarande)

Ett barn eller dess vårdnadshavare tar kontakt med vårdcentralen och beskriver lindriga symtom på psykisk ohälsa och önskar kontakt med sjukvården. Hur hanterar ni den förfrågan?	**Antal**
Tar hand om patienten vid den egna vårdcentralen	
Alltid	11
Ofta	4
Ibland	0
Sällan	1
Aldrig	0
Vet ej	0
Hänvisar till BUP	
Alltid	0
Ofta	4
Ibland	6
Sällan	3
Aldrig	3
Vet ej	0
Hänvisar till annan mottagning	
Alltid	0
Ofta	2
Ibland	2
Sällan	4
Aldrig	4
Vet ej	4

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Tabell III. Handläggning av barn och unga vid Hälsocentraler i Jämtland (16 svarande)

Ett barn är patient vid Hälsocentralen på grund av somatiska symtom men uppvisar eller beskriver vid undersökning symtom på psykisk ohälsa/psykisk sjukdom. Hur hanteras detta?	**Antal**
Tar även ansvar för en första utredning/undersökning avseende de psykiska symtomen vid vårdcentralen	
Alltid	7
Ofta	6
Ibland	3
Sällan	0
Aldrig	0
Vet ej	0
Remitterar barnet till BUP	
Alltid	2
Ofta	3
Ibland	8
Sällan	1
Aldrig	0
6. Vet ej	2
Remitterar till annan mottagning	
Alltid	0
Ofta	0
Ibland	4
Sällan	3
Aldrig	3
Vet ej	6

Ovanstående två tabeller visar att de 16 hälsocentraler som svarade på enkäten i stor utsträckning själva tar hand om de barn och ungdomar som söker för psykiska symtom. När man hänvisar vidare till annan instans så är det förutom BUP, elevhälsovård, socialtjänst och den Ungdomspsykiatriska mottagningen.

Alla de 16 svarande anser att det vid hälsocentralen finns en tillräcklig kompetens för att göra bedömningar i de situationer som beskrivs i det två ovanstående frågeställningarna.

Vid BVC-verksamheterna skall det finnas BVC-sjuksköterska och BVC-läkare med kompetens som fastställts i Riktlinjer för barnhälsovård Jämtlands läns landsting. BVC skall också ha tillgång till kurator och psykolog. Även om huvuddelen av BVC:s arbetsuppgifter är inriktade mot främjande och förebyggande åtgärder (folkhälsoarbete) bedrivs visst utrednings och behandlingsarbete. Enligt riktlinjerna kan t.ex. BVC-psykolog vid behov utföra neuropsykiatriska utredningar.

I telefonintervjuerna med sex BVC-sjuksköterskor beskriver de att deras uppdrag framförallt är främjande och förebyggande. I de fall man anser sig behöva mer stöd och vid frågeställningar, vänder man sig både till respektive vårdcentralsläkare (BVC-läkare) och BVC-psykolog inom

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Föräldra- och barnhälsan. I vissa fall hänvisar man även direkt till BUP. I de fall man kontaktar BUP beskriver man tillgängligheten som god och att man får snabb återkoppling.

13.1.1.6 Föräldra- och barnhälsan

Föräldra- och barnhälsan är kompetenscentrum för barn- och mödrahälsovård inom Jämtlands län. Föräldra- och barnhälsan har som uppgift att utveckla en enhetlig mödrahälsovård och barnhälsovård i länet. Föräldra- och barnhälsan är organiserad och finansierad inom länssjukvården och utgör en fri resurs för mödra- och barnhälsovården i Jämtlands län.

Föräldra- och barnhälsans uppgift består i att stödja offentliga och privata enheter (förutsatt avtal med landstinget) som bedriver barnhälsovård och skall ta fram statistik och andra underlag som beskriver verksamheten och behovet av barnhälsovård.

I Föräldra- och barnhälsans uppdrag för år 2011 specificeras nedanstående uppdrag för samverkan med BUP:

- Föräldra- och barnhälsan skall tillsammans med BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen implementera de möjligheter till förbättring som analysen av processen kring barn/unga med neuropsykiatriska störningar visar.
- Tillsammans med BUP och Barn- och ungdomsmedicin förbättra och utveckla samarbetet kring små- och spädbarn.
- Fortsätta arbetet med ökad tillgänglighet för barn med misstänkta neuropsykiatriska problem.

Enligt BUP har inget gjorts vad gäller första punkten, dvs. att Föräldra- och barnhälsan, BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans ska implementera de möjligheter till förbättringar som analysen av processen kring barn/unga med neuropsykiatriska störningar visar.

13.1.2 Samverkan med kommunala aktörer

Enligt BUP:s Verksamhetsplan 2011 var avsikten att under året slutföra arbetet att skriva avtal kring samverkan och behandlingsplanering mellan JLL och länets kommuner. Tanken var att först färdigställa samverkansavtalet med Östersunds kommun och om möjligt därefter anpassa det till att gälla för övriga kommuner. Enligt BUP håller man nu på med att färdigställa de sista detaljerna efter remissgenomgången. Därefter ska det skickas ut till förvaltningschefer för en sista remissomgång. Under våren planeras det för implementering, en upptaktsdag för alla kommuner och landstinget med inbjuden föreläsare och därefter arbete i mindre grupper för att ta fram samverkansdokumentet.

De kommunala verksamheter som samarbetar med BUP är skola, framförallt elevhälsa, och socialtjänst.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

13.1.2.1 Elevhälsa

Enligt skollagen (2010:810) ska alla elever i skolan ha tillgång till elevhälsovård. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. I lagens anges också att det i elevhälsan skall finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. I skollagen fastlås också att elevhälsan uppdrag är att bidra till att skapa miljöer som främjar eleverna lärande, utveckling och hälsa. Elevhälsan kan vara olika organiserad. Det är rektor som i sin respektive skolenhet ansvarar för elevhälsovården.

Elevhälsovården var, innan den nya skollagen trädde i kraft, på många håll i landet organiserad i två parallella verksamheter, elevhälsovård med en pedagogisk inriktning och skolhälsovård med en medicinsk inriktning. Den nya skollagen tydliggör att den samlade elevhälsan är en del i skolans verksamhet. I arbetet med att främja psykisk hälsa är elevhälsovårdens insatser främst av baskaraktär och riktar sig till alla. Men det ingår även första linjens insatser, som tidigt upptäckt av ohälsa, utredning samt behandling av psykisk ohälsa.

BUP:s filialverksamhet skall utgöra ett stöd till första linjens insatser inom elevhälsan.

13.1.2.2 Socialtjänst

Socialtjänsten inom respektive kommun ansvarar för att barn och ungdomar med behov av stöd skall få de insatser de behöver för att förhindra bestående problem och ge barn en trygg och utvecklande uppväxtsituation. Detta sker genom förebyggande, rådgivande och behandlande insatser och tillsyn. Socialtjänstens arbete för barn och unga består företrädesvis av myndighetsutövning och insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL), lagen om vård av unga (LVU) och lagen av vård av missbrukare (LVM). Socialtjänsten kan vara organiserad på skilda sätt och nedan beskrivs några exempel på myndighetsutövning och insatser som genomförs för barn och unga.

- Utredningar i barnärenden
- Planering och uppföljning av insatser
- Kontaktpersoner/kontaktfamiljer
- Familjehems- och jourhemsplaceringar
- Familjerätt
- Förebyggande arbete bland barn och unga
- Stöd och behandlingsarbete
- Medling
- Stöd till unga brottsoffer

Socialtjänstens arbete kan i många stycken definieras som arbete för att motverka och behandla psykisk ohälsa. Inom socialtjänsten finns insatser både på basnivån – förebyggande insatser som riktar sig till alla, första linjens insatser och specialistinsatser som t.ex. tvångsåtgärder och öppenvårdslösningar. BUP:s filialverksamhet samverkar med socialtjänsten inom framförallt första linjens insatser.

13.1.2.3 Enkätundersökning elevhälsa och socialtjänst

För att ta reda på hur kommuners elevhälsovård och socialtjänst ser på samverkan med BUP genomfördes en enkätundersökning via e-post. En gruppintervju med elevhälsoverksamheten i

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Östersund genomfördes också. Efter två påminnelser erhölls fem svar från socialtjänstens verksamheter och fyra från elevhälsoverksamheter.

Socialtjänst
Tre av fem inom socialtjänsten svarade att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan socialtjänst och BUP. De övriga två ansåg att det ofta uppstod diskussioner med BUP avseende ansvarsfördelning och att uppdraget upplevs otydligare än tidigare.

Alla svarande ansåg att man inom den egna verksamheten har den kompetens som krävs för att tidigt upptäcka och bedöma om ett barn är behov av hjälp på grund av psykisk ohälsa.

Fyra av de svarande ansåg att BUP var tillgängliga när man önskade kontakt och samarbetet är välfungerande med god återkoppling. Ingen av de svarande angav att det fanns några riktlinjer för handläggning av neuropsykiatrisk utredning, varken lokalt i den egna kommunen eller mellan landsting och kommun.

På frågan vilken enhet som man vände sig till med frågeställning om neuropsykiatrisk utredning så svarade två antingen BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen, en enbart BUP och två enbart Barn- och ungdomshabiliteringen.

Av de tre som svarat på frågan om vad som är bra med nuvarande filialverksamhet så uppgavs regelbundenhet och kontinuitet som positivt. På frågan om vad som kunde förbättras i filialverksamheten utrycktes att det borde finnas slutenvårdsplatser – nuvarande "brist" på slutenvård innebär att kommunen får ta ett större ansvar. En annan kommentar var att det borde finnas möjlighet att välja terapeut, men nuvarande system är man hänvisad till 1-2 personer.

Elevhälsa
När det gäller elevhälsan så uppgav de fyra svarande att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan BUP och elevhälsan. Tre av de fyra ansåg det fanns tillräcklig kompetens för att tidigt upptäcka och bedöma barns behov av hjälp vid psykisk ohälsa inom respektive verksamhet. Samtliga ansåg att BUP var tillgängliga och att samarbetet är välfungerande.

Två av de svarande uppgav att det både finns lokala och gemensamma (landsting och kommun) riktlinjer för handläggning av neuropsykiatrisk utredning. Tre av de fyra svarande uppgav att man vände sig till både BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen vid frågeställnig om neuropsykiatrisk utredning. Av de fyra som svarade uppgav samtliga att man var nöjda med samarbetet i filialverksamheten som det såg ut idag och att det framför allt handlar om närhet och kontinuitet.

Vid gruppintervjun med elevhälsan i Östersund framgick det att de anser sig ha en god intern kompetens för att bedöma psykisk ohälsa. Man beskriver också att samverkan med BUP är välfungerande, mycket beroende på goda personliga relationer. Det beskrivs också att det inte har funnits några riktlinjer för samverkan mellan BUP och Östersunds kommun. Det finns som nämnts tidigare ett övergripande samverkansavtal mellan BUP och Östersund och det finns förväntningar att kommande Jämtbus skall skapa tydligare riktlinjer för samverkan. Det finns även professionella samverkansgrupper som möts mer eller mindre regelbundet.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Kommentarer

Det sker en omfattande samverkan mellan BUP och olika aktörer i länet för att främja barns hälsa och för att utreda och behandla psykisk ohälsa. Det finns fler verksamheter än de som beskrivs ovan t.ex. familjecentraler och ungdomsmottagningar.

Vi bedömer att samverkan inom området i stora stycken fungerar väl. Det pågår t.ex. arbeten mellan Barn- och ungdomsmedicin, BUP och Föräldra- och barnhälsan för att effektivisera och klargöra processen för de mindre barnen med misstänkt psykisk ohälsa. Det gemensamma arbetet inom arbetsgrupper mellan Barn- och ungdomshabiliteringen och BUP är ett annat exempel på ett ändamålsenligt arbetssätt. Vi bedömer också att förutsättningar för en ökad samverkan mellan BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen kommer att öka då man samlokaliseras 2013.

Det särskilda uppdrag som BUP har för år 2011 att implementera de förbättringar som framgick av analysen av processen kring barn/unga med neuropsykiatriska störningar har inte genomförts under året.

Den genomförda enkäten om samverkan mellan kommunerna i Jämtland och BUP hade en låg svarsfrekvens. Vi kan konstatera att de flesta som svarat anser att de har en välfungerande och ändamålsenlig samverkan med BUP. BUP:s filialverksamhet beskrivs i huvudsak som ändamålsenlig med en god kontinuitet och tillgänglighet. Vi kan också konstatera att det inte finns några kända skriftliga gemensamma riktlinjer. I kommande Jämtbus och de överenskommelser som skall tecknas med länets kommuner och BUP förutsätter vi att den bristen kommer att åtgärdas.

Enligt uppgift är arbetet med Jämtbus i slutfasen. I arbetsmaterialet beskrivs hur länets olika instanser både inom landstinget och mellan kommuner samverkar inom insatser riktade till barn- och ungdomar. I det utkast som vi har tagit del av, definieras basnivån av insatser och specialistnivån inom landstinget och kommuner. I dokumentet särskiljs inte basinsatser och första linjens insatser. Vår uppfattning är att det är viktigt att definiera även första linjens insatser för att kunna tydliggöra respektive aktörs ansvar.

Från den genomförda enkäten med hälsocentraler kan konstateras att hälsocentralerna i Jämtland tar ansvar för barn och ungdomar med psykiska symtom. Vi har i enkäten inte frågat om i vilken utsträckning detta sker. Men vi kan konstatera att det sker. Det innebär enligt vårt sätt att se att primärvården tar ett första linjens ansvar för barn och ungdomar med psykiska ohälsa och psykiska symtom. Vi anser att det är rimligt att primärvårdsnivån tar ett sådant ansvar utifrån att Hälsocentralerna inom JLL skall vara basen i all hälso- och sjuvård. Eftersom BUP har uppdraget att ansvara för första linjens barn- och ungdomspsykiatri bör det i det uppdraget finnas ett samordningsansvar för insatser inom primärvårdsnivån. Vi anser också att det i uppdraget till hälsocentralerna skall beskrivas att man har ett första linjens uppdrag för barn och unga med psykisk ohälsa i samverkan med BUP.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

14. Kompetensen inom BUP

14.1 Iakttagelser

BUP:s kompetens
Vid BUP-verksamheten är ett 50-tal personer anställda. Det är läkare, psykologer, socionomer/ kuratorer, sjuksköterskor, skötare, sekreterare, mottagningsbiträde samt en del andra yrkesgrupper som förskollärare och fritidsledare vilka vidareutbildats inom verksamhetens ram.

Alla medarbetare ska förutom föreskriven postgymnasial utbildning ha grundläggande kompetens i psykoterapi. Enligt Verksamhetsplan 2011) ska detta utvärderas årligen vid årsbokslut. Minst 40 procent av behandlande medarbetare skall vara legitimerade psykoterapeuter/specialistutbildade inom kunskapsområdena systemisk, kognitiv och psykodynamisk psykoterapi.

Läkare förutsätts ha kompetens som specialist i barn- och ungdomspsykiatri och skall annars genomgå ST-program. Sjuksköterskor bör ha vidareutbildning i psykiatri eller motsvarande relevant vidareutbildning. Personal som vid anställning saknar föreskriven kompetens skall genomgå nödvändig komplettering i grundläggande psykoterapi och psykoterapeutiskt förhållningssätt eller motsvarande. Verksamheten har även behov av att en viss andel av personalen har kompetens som legitimerad psykoterapeut, specialistkompetens i klinisk psykologi eller specialistutbildning i neuropsykologi.

BUP har idag problem med att rekrytera och behålla vissa yrkesgrupper som är eftertraktade på marknaden, exempelvis psykologer och specialistläkare .

Verksamhetsområdet ska enligt Verksamhetsplan 2011 ta ansvar för planering och förberedelser av regionaliserade läkarutbildningen inom det egna området. Enligt BUP har de anställt 2 ST-läkare och tar regelbundet emot AT-läkare i samarbete med vuxenpsykiatrin. BUP försöker vidare knyta till sig PTP-psykologer som de sedan hoppas söker tjänster hos dem.

Målsättningen är att 100 procent av medarbetarna vid BUP ska ha grundläggande psykoterapeutbildning. Målet är inte uppfyllt för 2011 - två medarbetare avslutar steg 1 i januari, två medarbetare är i pågående utbildning och en medarbetare har ännu inte påbörjat steg 1.

Kommentarer
Vår bedömning är att det generellt inom JLL finns en kompetens som ger förutsättningar att uppfylla de behov som barn och unga har av barn- och ungdomspsykiatrisk vård i Jämtlands län. Den nationella bristen på t.ex. psykologer och barn- och ungdomspsykiatriker är inte ett akut problem för JLL idag men utgör ett observandum eftersom det är brist på psykologer med adekvat kompetens och specialistläkare inom barn och ungdomspsykiatri i hela landet. Vi bedömer också att kompetensen för att utföra neuropsykiatrisk utredning och behandling är tillgodosedd i den samlade kompetensen inom BUP och Barn och ungdomshabiliteringen tillsammans.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

15. Utvärdering och uppföljning av verksamheten

15.1 Iakttagelser

För att följa upp hur verksamhetens vårdutbud upplevs genomförs regelbundet patientenkäter. I verksamheten görs av och till stickprovsundersökningar för att få en uppfattning om behandlingseffekter och upplevelse av kontakten med BUP. Aktuella exempel är uppföljning av korttidsterapi, uppföljning av Bassamtal (separerade föräldrar med hög konfliktnivå). Under vecka 40 till 47 hösten 2011 deltar också BUP i den nationella patientenkäten.

Under år 2011 skall BUP enligt Verksamhetsplanen analysera resultat av patientenkät och i årsbokslutet redovisa analys och eventuella vidtagna åtgärder. Vi har vid tidpunkten för den här granskningen inte kunnat ta del av resultaten från senaste patientenkäten då den ännu inte var färdigsammanställd.

Ytterligare uppdrag som ges enligt Verksamhetsplanen 2011 är att diagnosregistrering skall ske inom två månader efter avslutat vårdtillfälle och detta skall följas upp regelbundet. Detta var ett område som Socialstyrelsen kritiserade vid tillsynen 2008. Enligt våra intervjuer har dokumentation och diagnosregistrering förbättrats men tvåmånaderskravet uppfylls ännu inte. Detta uppges vara en prioriterad uppgift. Enligt landstingets statistikdatabas är 38,9 procent av läkarbesöken inte diagnosregistrerade. BUP förklarar att den redovisningen släpar efter sedan tidigare. Skulle man endast titta på årets siffror, är en högre andel diagnosregistrerade.

Det finns en etablerad skriftlig rutin för avvikelserapportering. De avvikelser som rapporteras handlar om felbokningar, felskrivning i journaler och liknande. Enligt de uppgifter vi tagit del av har inga vårdskador rapporterats i avvikelsesystemet.

BUP deltar i arbetet med att lokalt anpassa landtingets modell för ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården enligt SOFS 2005:12 till BUP.

Som tidigare nämnts deltar BUP i kvalitetsregistret BUSA men andelen registrerade patienter är låg. Man deltar även i kvalitetsregistren för uppföljning av behandling vid ätstörningar (RIKSÄT). Ett av målen för verksamheten är att täckningsgraden i BUSA skall uppgå till 100 procent. Det anges inte när detta skall vara uppnått.

Kommentarer
Vår bedömning är att BUP:s verksamhet har påbörjat ett utvecklingsarbete för att förbättra utvärdering och uppföljning.

Vi anser att en ökat deltagande i kvalitetsregister skulle kunna innebära bättre möjligheter att följa upp sin egen verksamhet men även att kunna jämföra sig med andra enheter som behandlar samma patientgrupper. Målet om ökat deltagande i kvalitetsregister bör tidsbestämmas för att få en tydligare målbild.

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

7:34

När det gäller avvikelserapportering kan vi inte uttala oss om avsaknaden av vårdskador beror på underrapportering eller speglar "verkligheten".

Vi bedömer att BUP bör vidta de åtgärder som krävs för att klara av diagnosregistreringen enligt uppsatta mål och på det sättet uppnå en säkrare patientdokumentation.

KPMG, dag som ovan

Örjan Garpenholt
Seniorkonsult, med dr

Catarina Wester
Seniorkonsult

© 2012 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Ledningsstab personal
Annica Sörensdotter
Tfn: 063- 14 75 08
E-post: annica.sorensdotter@jll.se

2012-08-15

Dnr LS/576/2012

Landstingets revisorer

Svar på landstingets revisorers granskning av tjänsteresor

Med anledning av landstingets revisorers granskning landstingets tjänsteresor lämnar landstingsstyrelsen följande svar.

Landstingsstyrelsen kommer under hösten 2012 att besluta om nya "Regler för resor för förtroendevalda och anställda i Jämtlands läns landsting" .

Revisorerna rekommenderar att kontrollen skärps av

- att program/kallelser/inbjudan bilägges resefakturorna, samt
- att reseräkningarna lämnas in i anslutning till att resan avslutats

I de nya reglerna har revisorernas rekommendationer om att program/kallelse/inbjudan ska biläggas resefakturorna samt att reseräkningen ska lämnas direkt i anslutning till att resan avslutas beaktats.

Revisorerna rekommenderar en översyn och förtydligande enligt följande:

- Regler, rutiner och ansvar för beslut och uppföljning av resor bör utformas så att det är tydligt vem som ansvarar för vad och att regler och rutiner utformas så att kontrollerna av resandet säkerställs och underlättas.
- Rutinerna för resebeställning bör framhäva vikten av att resor planeras och beställs i god tid så att rabatter mm kan utnyttjas på bästa möjliga sätt.
- Avtalet avseende resbyråtjänster bör, i samband med kommande upphandling, ses över. Det är inte tillfredställande att, som gällande avtal, resenären ska behöva säga till om att man vill ha lägre pris. Vidare bör kraven på den statistik som resbyrån ska leverera utvecklas så att statistiken på ett bättre sätt kan ge underlag för uppföljning av resekostnader, resmönster, beställningsrutiner mm.

Det har påbörjats ett arbete med att ta fram rutiner för administration av resor. I rutinbeskrivningen ska det framgå vem som ansvarar för vad och hur kontrollen respektive uppföljningen ska ske. Landstinget kommer att skärpa kontrollen av uppgifterna om resans ändamål och att program bifogas reseräkning eller resefaktura innan utbetalning.
Information om att beställa resa i god tid för att utnyttja rabatter kommer att gå ut till samtliga chefer när nya resereglerna är fastställda.

Vid nästa upphandling av resebyråtjänster, som ska påbörjas under 2012, kommer vilka krav som ska ställas vad gäller lägsta pris och statistik för bättre uppföljning av resekostnader, resemönster och beställningsrutiner att ses över.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

8.3

Jämtlands Läns Landsting

Skrivelse

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

2012-03-27

Dnr REV/25/2011

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2012 -04- 03
Dnr LS/...../20.....

Landstingsstyrelsen

Granskning av tjänsteresor

Revisionskontoret har, med konsultstöd av Deloitte, på vårt uppdrag granskat landstingets tjänsteresor för perioden okt 2010- maj 2011. Den övergripande revisionsfrågan har varit att undersöka om nämnden har en god intern kontroll och om styrelsens interna kontroll är tillfredsställande avseende handläggningen av resor.

Granskningen har omfattar såväl beställningsrutiner, kontroll av om fakturor och reseräkningar innehåller information i enlighet med regelverk samt en om reglerna för resor efterlevs.

Vi har funnit en i stort tillfredsställande internkontroll för resor inom landstinget, men det finns dock brister som vi anser att bör åtgärdas.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi att kontrollen skärps av

- att program/kallelser/inbjudan biläggas resefakturorna, samt
- att reseräkningarna lämnas in i anslutning till att resan avslutats.

Vidare rekommenderar vi en översyn och förtydliganden enligt följande:

- Regler, rutiner och ansvar för beslut och uppföljning av resor bör utformas så att det är tydligt vem som ansvarar för vad och att regler och rutiner utformas så att kontrollerna av resandet säkerställs och underlättas.
- Rutinerna för resebeställning bör framhäva vikten av att resor planeras och beställs i god tid så att rabatter mm kan nyttjas på bästa möjliga sätt.
- Avtalet avseende resebyråtjänster bör, i samband med kommande upphandling, ses över. Det är inte tillfredsställande att, som i gällande avtal, resenären ska behöva säga till om att man vill ha lägsta pris. Vidare bör kraven på den statistik som resebyrån ska leverera utvecklas så att statistiken på ett bättre sätt kan ge underlag för uppföljning av resekostnader, resemönster, beställningsrutiner mm.

Vi emotser **senast den 3 augusti 2012** en redovisning av vilka åtgärder som Landstingsstyrelsen vidtagit eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Gustaf Onilsgård
Ledamot

Bilaga
Rapporten Granskning av resor

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Samtliga Centrumchefer

8:5

Deloitte.

Granskning av resor

Jämtlands län landsting

Mars 2012

Audit . Tax . Consulting . Financial Advisory .

8:6

Innehåll

Sammanfattning 1

1. Inledning 3
   1.1 Bakgrund 3
   1.2 Syfte, revisionsfråga 3
   1.3 Revisionskriterier och metod 3

2. Resultat 5
   2.1 Riktlinjer 5
      2.1.1 Internkontrollpolicy, delegation, attestreglemente 5
      2.1.2 Regler för resor 5
      2.1.2 Beställningsrutiner 6
      2.1.3 Uppföljningen 6

3. Granskningsresultat 8
   3.1 Finns ändamålsenliga anvisningar för resor? 8
   3.2 Finns fullständiga uppgifter på fakturor och reseräkningar? 8
   3.3 Är resorna beslutade av behörig attestant? 9
   3.4 Finns ändamålsenliga regler och rutiner för utomlandsresor? 9
   3.5 Finns ändamålsenliga rutiner för resor som tillgodoser att skattelagstiftningen följs? 10
   3.6 Finns beställningsrutiner och är dessa kända och tillämpas? 10
   3.7 Finns en tillfredsställande uppföljning av medarbetarnas och de förtroendevaldas resande? 11
   3.8 Förbättringar från tidigare granskning 11
   3.9 Avslutande kommentarer 11

8:7

Sammanfattning

Deloitte har på uppdrag av landstingets revisionskontor genomfört en granskning av resor. Granskningen har genomförts som en del i granskningen av den interna kontrollen.

Det är landstingsstyrelsen som är ytterst ansvarig för internkontrollen. Förvaltningen har att följa upp rutiner och tillämpning av interna regler för resandet. Landstinget strävar efter att nyttan för resandet ska vara vägledande och att totalkostnaden för varje resa ska vara så låg som möjligt. Upphandlad resebyrås tjänster ska anlitas som ett led i denna strävan. Tillämpningen och ansvaret för kontroller sköts närmast genom förfarandet i attestrutinen i dagsläget.

Granskningen grundas i bearbetning, analys och bedömning av ett urval av fakturor och reseräkningar för perioden oktober 2010 - september 2011. Frågor har utformats utifrån satta revisionskriterier med utgångspunkt i gällande bestämmelser för resandet.

Syfte och motiv som underlag för beslut om resa, kontering, beslutsattest, beställning och om underlagen är fullständiga är exempel på utförda granskningsmoment. Uppföljningen av resandet och om den svarar mot intentionerna riktlinjerna har undersökts likaså. Granskningsarbetet har genomförts i nära samråd med revisionskontoret.

Vi har funnit en i stort tillfredsställande internkontroll för resor inom landstinget. Det finns en beslutsattest för så gott som samtliga granskade stickprov. I granskningen har behov av förbättringar uppmärksammats.

Följande förbättringsområden har identifierats:

- Program/kallelser/inbjudan har inte bilagts utom för två av granskade stickprov. Blankett/instruktion för beslut om resa skulle kunna underlätta för efterlevnad och kontroll. Behovet av förstärkningar och eventuella kompletteringar i nuvarande anvisningar bör ses över.

- Inlämnandet av reseräkning bör styras upp mot en tätare frekvens för att svara mot bestämmelserna i löpande bokföring av affärshändelser.

- Regler och rutiner för utomlandsresor behöver ses över och förtydligas för att underlätta vid uppföljning och kontroll av efterlevnaden.

- Förfarandet vid resebeställning behöver ses över för att underlätta och möjliggöra att varje resa ska kunna utföras till så låg kostnad som möjligt, att resor planeras på sådant sätt att rabatter och kombinationsfördelar så långt som möjligt nyttjas på bästa möjliga sätt.

- Resor ska bokas via resebyrån och rutin med resebeställare. Uppföljning av om resor bokas enligt rutinen görs inte. Det finns anledning att se över möjligheterna till uppföljning för att förvissa sig om i vilken utsträckning beställningsförfarandet svarar mot regelverket.

8:8

- Vi rekommenderar landstinget att ta ett helhetsgrepp kring utformning av regler och rutiner som gör det möjligt att kontrollera och följa upp resandet på avsett sätt.

- Vi rekommenderar landstinget att införa systematiska kontroller för att säkerställa att gällande interna riktlinjer efterlevs fullt ut.

Östersund 27 mars 2012

Marianne Harr
Certifierad kommunal revisor

8:9

1. Inledning

1.1 Bakgrund

I landstingets förvaltning liksom i de landstingsägda bolagen förekommer resor i samband med tjänst/uppdrag, konferenser, utbildning mm. Det som skiljer offentlig verksamhet från privat verksamhet i detta avseende är främst att felaktigheter inom dessa områden kan orsaka landstinget badwill och minskat förtroende hos allmänheten.

Granskning av regler och rutiner för resor samt efterlevnaden av dessa har även tidigare år ingått som en del av revisorernas granskning av den interna kontrollen. Senast genomförda fördjupade gränskning av resor gjordes i slutet av år 2006 (Dnr REV/30/06) och visade att det fanns ett antal förbättringsområden som exempelvis att förtydliga anvisningar samt att säkerställa att fakturorna innehåller fullständiga uppgifter.

Den nu aktuella granskningen är delvis en uppföljning av tidigare granskning och omfattar även en granskning av avtal och rutiner för beställning av resor hos upphandlat reseföretag. Landstingsorganisationen har indelats i sju centrumområden från och med år 2012. Granskningen avser år 2011 varför utgångspunkter tas i den organisationsstruktur som var aktuell för granskningsåret.

1.2 Syfte, revisionsfråga

Det övergripande kontrollmålet för denna granskning är att svara på om den interna kontrollen är tillfredsställande avseende handläggningen av resor. Granskningen omfattar såväl beställningsrutiner liksom att svara på om fakturor och reseräkningar innehåller information i enlighet med regelverk samt en kontroll av efterlevnaden av de, för resor, relevanta regelverket. Granskningen avgränsas till att omfatta de resor som förtroendevalda, chefer och anställda inom landstinget företagit under perioden 2010-2011.

1.3 Revisionskriterier och metod

Revisionskriterierna utgör utgångspunkt för revisionsfrågorna och är de bedömningsgrunder som bildar underlag för analyser, slutsatser och bedömningar i rapporten. I denna granskning utgörs revisionskriterierna i huvudsak av

- Lag (1997:614) om kommunal redovisning
- Mervärdesskattelag (1994:200)
- Jämtlands läns landstings Attest och utbetalningsreglemente
- Landstingsgemensamma regler för resor

Granskningen grundas i bearbetning, analys och bedömning av 80 stycken stickprov fördelat på personer inom grupperingarna chefer, politiker, läkare, och övriga samt underlag från resebyrån för perioden oktober 2010 till september 2011. Urval av stickprov har skett i samråd med revisionskontoret. Underlag i reseräkningar för personer

inom urvalet har hämtats via lönekontoret och för motsvarande period. I de fall reseräkning inte upprättats för resa har sökningar för vald persons kostnadsställe-tillhörighet utförts via fakturaportalen. På så sätt har granskningsunderlag kunnat tas fram och dokumenteras för 74 av 80 utförda stickprov.

Valda resor har granskats och dokumenterats utifrån revisionskriterierna ovan. Noteringar kring övriga iakttagelser har gjorts. Analys och bedömningar har sammanställts utifrån rubricerade revisionsfrågor i följande avsnitt. Granskningsarbetet har avstämts löpande med revisionskontoret. Telefonintervju har genomförts med handläggare vid upphandlingsenheten, personalstrateg och ekonomichef. Studier av dokumentation i riktlinjer, avtal, anvisningar, resefil från resebyrån och utdrag från huvudbok samt fakturaunderlag har genomförts. Rapporten har godkänts av revisionskontoret före utlämning för sakgranskning. Rapporten har sakgranskats av ekonomichef.

8:11

2. Resultat

2.1 Riktlinjer

2.1.1 Internkontrollpolicy, delegation, attestreglemente

Det är landstingsstyrelsen som har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen[1]. I ansvaret ingår att konkretisera och utforma anvisningar för den interna kontrollens organisation, utformning och funktion. Landstingsdirektören svarar för att erforderliga kontroller skapas och upprätthålls i verksamheten. Ansvariga verksamhetschefer ska utforma anvisningar och ansvaret för tillämpningen åligger samtliga chefer/arbetsledare.

Delegationsordningen[2] understödjer beslutanderätten i förvaltningsorganisationen, tjänsteresor beslutas av närmaste chef. Avrop från avtal ska göras av utsedd attestant och ersättare för dessa genom beslut av förvaltningschef och i enlighet med attest och utbetalningsreglementet[3]. Ytterligare en person, förutom attestanten, genomför utbetalningskontrollen.

2.1.2 Regler för resor[4]

Nyttan för verksamheten ska vara vägledande för resandets omfattning enligt de landstingsgemensamma reglerna. Det är angeläget enligt reglerna att förvaltningarna gör en övergripande uppföljning av reserutiner och tillämpning åtminstone en gång per år. Alla landstingsanställda/förtroendevalda omfattas av reglerna. Grundläggande regler sammanfattas enligt följande:

- varje resa ska utföras till så låg totalkostnad som möjligt
- resorna ska planeras på sådant sätt att rabatter och kombinationsfördelar kan nyttjas på bästa möjliga sätt
- resor beställs via upphandlad resebyrå
- inom varje organisatorisk enhet ska beställningsrutiner finnas, vara kända och tillämpas. Beställning av resor ska göras av den som inom ramen för sin tjänst har detta uppdrag. För beställning krävs att resan är beslutad av ansvarig chef och för förtroendevald av respektive organ eller dess ordförande.
- För varje beslut om resa utanför det normala arbetsområdet ska skriftliga underlag (kallelse, program, inbjudan etc.) finnas eller så ska resan på annat sätt i förväg kunna motiveras. Det är, enligt regelverket, upp till respektive förvaltning att utforma rutiner för detta.
- Särskild tydlighet eftersträvas när uppläggning, genomförande och innehåll till stor del avgörs av den eller de som genomför resan med avseende på gällande

[1] Internkontrollpolicy, 2002-02-11.

[2] Senaste Dnr LS/341/2010.

[3] Attest och utbetalningsreglemente, 2004-07-06.

[4] Landstingsgemensamma regler för resor, Dnr 415/1998. Obs! De organisatoriska begrepp som används hänför sig till den organisation som gällde vid tidpunkten för när reglerna beslutades. Reglerna har inte reviderats i takt med gjorda organisationsförändringar.

skatteregler. Syfte och motiv, kostnader samt program ska föreligga innan beslut om resa. Resor beslutas av förvaltningschef eller respektive organ/ordförande för förtroendevalda. Reserapport och ekonomisk redovisning ska upprättas efter avslutad resa och undertecknas av berörd chef.

- Resor utomlands kan göras endast under förutsättning att programmet innehåller studieinslag eller erfarenhetsutbyte med relevans för den grupp som genomför resan.
- Resor inom ram för tjänsten/uppdraget kan kombineras med privata resor under förutsättning att landstingets kostnader inte ökar till följd av detta och att privata kostnader kan tydligt åtskiljas.
- Resor får aldrig utgöra kompensation för ej uttagen lön eller annan ersättning från landstinget.

Anvisningar[5] kring gällande skatteregler vid resor finns framtagna. Här framgår bland annat att utförlig kurs-/konferensprogram och förklaring till varför aktiviteten äger rum, varför aktuellt resmål valts samt kopplingen till verksamheten ska bifogas i fakturaportalen vid resor i samband med kurser/konferenser. Anvisningarna innehåller en sammanställning över förmåns- respektive avdragsregler för personalrepresentation.

2.1.3 Beställningsrutiner

Landstinget har avtal med Big Travel om resebyråtjänster[6] fram till och med september 2012. Avtalet omfattar beställningar av tåg, flyg och hotell vid tjänsteresor. Avsikten om att resor ska bokas via resebyrån framgår via landstingets intranät och främst utifrån att resebyrån har uppdraget att finna kostnadseffektiva reselösningar. Enligt avtalet lämnas garantier för bästa pris endast efter begäran av resebeställaren.

Bokning av resor ska ske genom en kontakt med avdelningens resebeställare. Uppgifter om resan lämnas till resebeställaren som har att boka resan genom avtalad resebyrå. Det saknas uppgifter om vilka personer som är resebeställare. Det anses enligt uppgifter vara allmänt känt på avdelningarna vem man ska vända sig till. Några ytterligare kända instruktioner finns inte enligt samma uppgifter.

2.1.4 Uppföljningen

I det underlag som vi erhållit från resebyrån (oktober 2010 till september 2011) fanns resor för 13, 5 mkr exkl moms. Av dessa resor utgjorde 10,2 mkr kostnader för flygresor och 2,1 mkr tågresor.

I vår genomgång av flygresorna har vi i kunnat notera (oktober 2010- maj2011) att s.k. lågprisavgångar förfaller ha nyttjats för ca 70 % av resorna till Arlanda/Bromma medan bara 30 % av resorna till Östersund utgörs av lågprisavgångar. Om detta skulle kunna ökas beror på vilken framförhållning resenärerna har. Vi har inte kunnat få uppgift om när bokning av resa skett varför vi inte kan bedöma om resenärerna haft en god framförhållning.

Vi har också kunnat notera att antalet resor med tåg mellan Östersund och Stockholm utgjorde 44 % till 14 % av kostnaden för flygresorna.

Nya regler för resor håller på att utarbetas enligt uppgifter. Ett koncept har tagits fram och ska kompletteras med miljö- och säkerhetskrav. De intervjuade känner inte till hur arbetet

[5] Anvisningar för representationskostnader, personalvårdsförmåner mm, 2009-04-21.
[6] Dnr LS/394/2008.

med att ta fram nya riktlinjer framskrider. Någon uppföljning på förvaltningsövergripande nivå görs inte i dagsläget.

Landstinget erhåller statistikunderlag från resebyrån med bland andra uppgifter om resenär, destination, tidpunkt, distans, pris, koldioxidutsläpp etc. Uppgifterna används främst för uppföljning av miljömålen enligt uppgifter. Den statistik som erhålls idag har brister som gör att uppföljning av reskostnader, resemönster, beställningsrutiner mm kräver mycket bearbetning och i vissa fall inte går att göra.

Administrativa stödfunktioner finns kopplade till varje verksamhetsområde. Träffar för utbyten av erfarenheter och nyheter sker regelbundet en gång per månad för ekonomer. Kontrollrutiner som rör resor har dock inte hanterats inom ram för träffarna.

8:14

3. Granskningsresultat

3.1 Finns ändamålsenliga anvisningar för resor?

Nuvarande regler är upprättade 1998 varför det torde finnas ett behov av aktualisering av bestämmelserna. Den årliga förvaltningsövergripande uppföljningen görs inte enligt reglerna. Det för med sig att en årlig utvärdering av bedömningar om totalkostnaden för varje resa och på förvaltningsnivå inte möjliggjorts. Det innefattar avvägningar kring alternativa mötesformer som skulle kunna begränsa omfattningen av resandet och i enlighet med interna riktlinjer.

Det är upp till varje förvaltning att utforma rutiner för på det sätt resan i förväg ska motiveras, varje chef ska kunna ta beslut om resa enligt reglerna. Vid sakgranskning har förts fram att det numera rör sig om endast en förvaltning - den landstingsövergripande. Vi har inför denna granskning inte träffat på några "lokala" rutinbeskrivningar med undantag för den inom HIÖÖ (gäller från 2011-11-03).

Kommentarer
Vi rekommenderar landstinget att påskynda arbetet med att revidera reglerna samt nödvändiga rutinbeskrivningar/anvisningar/instruktioner. Reglerna bör preciseras med avseende på vad som ska följas upp och vem som har ansvar för att så sker. Vid utformningen av vad som skall följas upp bör särskilt beaktas att kontrollerna ska vara möjliga att göra med en rimlig arbetsinsats i förhållande till nyttan.

Den största påverkansmöjligheten avseende resekostnaderna finns inför resan, dvs när beslut fattas. Det kan därför finnas anledning att överväga en rutin där det ska finnas en dokumenterad kalkyl över färdkostnader, traktamenten, färdtid och ändamål (inkl program) som underlag till beslutet. Detta lämpligen kopplat till resor vars totalkostnad bedöms överstiga en viss beloppsgräns och/eller något annat kriterium.

Det finns anledning överväga att se över och eventuellt skärpa villkoren för när flyg får användas.

3.2 Finns fullständiga uppgifter på fakturor och reseräkningar?

Kontroller av kontering av fakturor och reseräkning har utförts. Kontrollerna visar på att aktuella poster i stort hanterats på ett riktigt sätt, och som innefattar hantering av moms, för granskade underlag.

Underlag i form av program, kallelser, inbjudan etc. vid resor i samband med kurser/konferenser saknas för granskade stickprov utom två. Det gäller såväl granskade fakturaunderlag som reseräkningar. I anteckningar i stickprov framgår motivering och syfte medan däremot underlag som styrker deltagandet saknas och kopplingen till verksamheten framgår inte på ett tydligt sätt enligt anvisningarna.

8:15

Några skillnader mellan granskade personalgrupper när det gäller fullständighet i lämnade uppgifter eller avsaknad av program har inte påträffats.

Kommentarer
Vi rekommenderar landstinget att införa systematiska kontroller för att säkerställa att gällande interna riktlinjer efterlevs fullt ut. Program/kallelser/inbjudan har inte bilagts utom i två av granskade stickprov. Blankett/instruktion för beslut om resa skulle kunna underlätta för efterlevnad och kontroll. Behovet av förstärkningar och eventuella kompletteringar i nuvarande anvisningar bör ses över.

3.3 Är resorna beslutade av behörig attestant?

Vid vår granskning har kontroller av beslutsattest gjorts. Attestbehörigheter finns inlagda i ekonomisystemet. Kontrollerna innefattar inte kontroller av att attesträttigheter är i överensstämmelse med aktuella delegationsbeslut.

Reseräkningar upprättas huvudsakligen med hjälp av ett särskilt reseräkningsprogram men kan också upprättas manuellt. När reseräkningsprogrammet används sker automatiskt en överföring av uppgifter till lönesystemet, därefter ska en utskrift av reseräkningen ske och som ska undertecknas, attesteras samt skickas till lönekontoret.

Lönekontoret tillämpar som huvudregel att det ska finnas en undertecknad och attesterad reseräkning som underlag innan utbetalning görs. Undantag görs, enligt uppgifter, endast mycket sällan. I dessa fall har man en rutin för att bevaka att undertecknade och attesterade reseräkningar inkommer.

I vårt stickprov saknade två av granskade reseräkningar underskrift av resenären. För en saknades attest för utbetalning. Vår uppfattning är trots detta att resorna i huvudsak är beslutade av behörig attestant.

Vi har noterat en avvikelse när det gäller en sekretessmärkning av en faktura från resebyrån. Uppgifter har inhämtats från den person som attesterat fakturan. Personen uppger att det måste vara ett misstag och att fakturan felaktigt sekretessmärkts. Rutiner för sekretessmärkning kommer att utredas vidare utanför denna granskning med anledning av noteringen.

Kommentarer
Det finns en beslutsattest för så gott som samtliga granskade stickprov.

3.4 Finns ändamålsenliga regler och rutiner för utomlandsresor?

Resor till mål utomlands kan genomföras endast under förutsättningar att programmet innehåller studieinslag eller erfarenhetsutbyte för den grupp som genomför resan. Nio av stickproven avser utomlandsresa där underlag i program saknas för samtliga varför en bedömning enligt reglerna inte möjliggjorts.

Kommentarer
Regler och rutiner för utomlandsresor behöver ses över och förtydligas för att underlätta vid uppföljning och kontroll av efterlevnaden.

8:16

3.5 Finns ändamålsenliga rutiner för resor som tillgodoser att skattelagstiftningen följs?

När det gäller grundprincipen i inkomstskattelagen och beskattningen av inbesparade privata levnadskostnader som måltider, kontanta ersättningar etc. har noterats att förekommande traktamentsersättningar, resetillägg, färdtidsersättningar, måltidsavdrag och motsvarande kostförmån bedömts rimliga avseende belopp och utifrån redovisade tidpunkter för inledning och avslut av resa. Kvitton för utlägg i taxi- tåg- och bussresor och övriga utlägg finns bifogade för samtliga granskade reseräkningar. Vi har noterat att begärda ersättningar i tre av stickproven avser utlägg äldre än 6 månader och upp till 1 år. Förfarandet strider inte mot interna bestämmelser.

Privata resor i kombination med tjänsteresa förekom enbart för ett stickprov. I denna reseräkning begärs avdrag för privat omkostnad för medföljande resenär för del av hyrbilskostnad och hotellboende. Av underlaget framgår inte hur avdraget hanterats.

Av underlag ska framgå klockslag och ger möjligheten till bedömningar om varaktighet för sammankomster. Avsaknaden av program, kallelser, inbjudan etc. (nämnts i tidigare avsnitt) gör att underlagen inte är tillfredsställande för en nödvändig helhetsbedömning.

Vi har noterat avvikelse i ett stickprov och som torde påverka bedömningen ur inkomstskattesynpunkt. En person har yrkat på en schablonersättning för utförd resa. Underlag i form av faktura för resa, boende och deltagande för hela aktiviteten har bifogats aktuell reseräkning. Underskrift av resenär saknas. En schablonersättning av den här typen torde kunna betraktas som arvode/lön och som skulle utgjort underlag för inkomstbeskattning.

Kommentarer
Vi rekommenderar landstinget att se över anvisningar för reseräkningsrutinen samt i möjligaste mån säkerställer redovisningen genom systematiska kontroller. Inlämnandet av reseräkning bör styras upp mot en tätare frekvens för att svara mot bestämmelserna i löpande bokföring av affärshändelser.

3.6 Finns beställningsrutiner och är dessa kända och tillämpas?

Via landstingets intranät finns anvisning om att bokning av resor ska ske genom kontakt med resebeställare. Uppgifter om vilka personer som är resebeställare framgår inte.

Upplysning om att resor ska bokas via resebyrån och att avtalet omfattar beställningar av tåg, flyg och hotell lämnas. Dock saknas uppgifter om lämplig tidpunkt för beställning, att begäran om lägsta pris måste ske för att säkerställa att detta lämnas (aktuellt avtal är konstruerat på detta sätt).

För granskade stickprov har beställning skett via resebyrån till övervägande del (7stycken avser egna bokningar). För ett stickprov har tre beställda resor påträffats där en av resorna inte har specificerats närmare.

Förvaltningsövergripande uppföljning görs inte och därför saknas underlag för om resebeställning tillämpas enligt reglerna.

Kommentarer

8:17

Förfarandet vid resebeställning behöver ses över för att underlätta och möjliggöra att varje resa ska kunna utföras till så låg kostnad som möjligt, att resor planeras på sådant sätt att rabatter och kombinationsfördelar så långt som möjligt nyttjas på bästa möjliga sätt.

Resor ska bokas via resebyrån och rutin med resebeställare. Uppföljning av om resor bokas enligt rutinen görs inte. Det finns anledning att se över möjligheterna till uppföljning för att förvissa sig om i vilken utsträckning beställningsförfarandet svarar mot regelverket.

3.7 Finns en tillfredsställande uppföljning av medarbetarnas och de förtroendevaldas resande?

Varje resa ska beslutas med stöd av delegation och genom attestförfarandet. Uppföljning av totalkostnad för varje resa ska göras närmast av den person som beslutar om resan. Kontrollen av om besluten överensstämmer med landstingets regler, anvisningar och intentioner för resandet, och på en övergripande nivå, är inte tillfredsställande enligt vår uppfattning.

Kommentarer
Vi rekommenderar landstinget att ta ett helhetsgrepp kring utformning av regler och rutiner som gör det möjligt att kontrollera och följa upp resandet på avsett sätt.

Mot bakgrund av de brister vi sett i den statistik som erhålls idag, finns det anledning att se över de uppgifter som resebyrån ska tillhandahålla, så att statistiken på ett bättre sätt kan ge underlag för uppföljning av reskostnader, resemönster, beställningsrutiner mm.

3.8 Förbättringar från tidigare granskning

Resultat i tidigare granskning[7] visade på ofullständiga uppgifter på ca hälften av genomförda stickprov. Bristerna handlade om att det saknades tillräcklig information både om vad fakturorna avsåg, vilka som deltagit samt syftet med förrättningen. Hälften av begärda kompletteringar i program ansågs inte vara tillfyllest.

Tydliga anvisningar för hur olika aktiviteter ska konteras har tagits fram. Vi har noterat relevans i konteringen av stickproven. Utformningen bör ses över i samband med revidering av nuvarande reseregler för att förbättra efterlevnaden fullt ut.

3.9 Avslutande kommentarer

Vi har konstaterat att kontrollen av resor visar på behovet av förbättringar. Det rör sig främst om att underlag till redovisningen, och liksom tidigare, inte är fullständiga, att reglerna/anvisningarna behöver aktualiseras samt att beställningsrutinen behöver ses över och följas upp.

Vi har rekommenderat införandet av systematiska kontroller för att underlätta för efterlevnaden av regler/rutiner fullt ut. Förvaltningsövergripande uppföljning och utvärdering av resandet behöver ses över för att svara mot intentionerna i nuvarande riktlinjer. Vi har redovisat våra väsentligaste iakttagelser och rekommendationer i rapportens inledande sammanfattning.

---

[7] Redovisning av resor vid studiebesök, kurser och konferenser mm, Dnr REV/30/06.

Jämtlands Läns Landsting

9:1

Ledningsstab Hälso- och sjukvård
Carsten Dencker
Tfn: 063-14 76 36- 15 41 60
E-post: carsten.dencker@jll.se

2012-09-05

Dnr LS/599/2012

Landstingets revisorer

Svar på landstingets revisorers granskning av läkemedel i äldrevården

Landstingets revisorers har med hjälp av PWC genomfört en granskning av läkemedelsförskrivning vid tre kommuners särskilda boenden för äldre. De övergripande revisionsfrågorna har varit att undersöka om läkemedelsförskrivning och användning vid kommunernas särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.

Granskningen har huvudsakligen genomförts med hjälp av dokumentstudier, intervjuer med sammanlagt 27 personer inom kommunernas äldreomsorg och i landstinget. Granskningen har även omfattat insamlad statistik avseende läkemedelsanvändningen i 7 äldreboenden inom de 3 kommuner som ingått i granskningen.

Landstingsstyrelsens svar lämnas nedan punkt för punkt efter revisorernas bedömning.

Revisorernas bedömning

- Granskningen har visat att det finns anledning att följa upp hur läkemedelsgenomgångar genomförs och hur ofta. Det är enligt uppgifter ett flertal äldre som får någon slags läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Läkemedelsanvändningen är ändå omfattande samt att läkemedel som kan orsaka betydande biverkningar och interaktioner i vissa fall ordineras i stor omfattning. Det har framkommit att det finns oklarheter om vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla och vi har även fått signaler om att antalet läkemedelsgenomgångar rent generellt minskat med hur det såg ut för några år sedan.

Landstingsstyrelsens svar

Läkemedelsgenomgångar genomfördes mer systematiskt för några år sedan, då särskilda resurser, i form av statliga stimulansmedel, var avsatta. Medverkande apotekare redovisade hur många läkemedelsgenomgångar som genomfördes och vad de ledde till. Den tiden kan ses som en utbildningsprocess, som på flera håll sedan införlivats i rutinsjukvården. Landstinget saknar en gemensam rutin för hur läkemedelsgenomgångar ska redovisas och dokumenteras. Intrycket att läkemedelsgenomgångar minskat på vissa håll kan vara missvisande. Det kan vara stor variation i vad som ingår i en läkemedelsgenomgång. Det är angeläget att definiera vad en läkemedelsgenomgång är och att utar-

beta en rutin hur läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras i journalsystemet, till exempel med eget sökord.

Nationellt arbete pågår för att tydliggöra ansvar och innehåll i läkemedelsgenomgång, vilket landstinget kommer att ta del av. Två apotekare finns nu anställda i Landstinget. Arbete pågår för att se hur de kan nyttjas i Landsting och kommunerna i detta arbete.

Revisorernas bedömning

- Den i vissa fall stora skillnaden i läkemedelsförskrivningen mellan äldreboendena bör enligt vår mening undersökas närmare. Som exempel kan nämnas att förskrivningen av Laxantia (laxermedel) varierar bland boendena mellan 15-97 procent.

Landstingsstyrelsens svar

Det går inte att utifrån denna undersökning veta om läkemedelsanvändningen är adekvat eller inte. För det krävs en läkemedelsanalys för varje enskild patient. För att sedan avgöra om skillnader i läkemedelsanvändning mellan enskilda boenden beror på slumpen eller inte krävs en statistisk analys.

Icke-farmakologiskbehandling är grunden för att äldre ska hålla igång magen. Där ingår till exempel rörelseaktiviteter och olika kostförändringar. Detta ser olika ut på boendena och ibland krävs laxantia som komplettering. Vid förskrivning av bland annat morfinpreparat är det viktigt att samtidigt förskriva laxantia så att den äldre patienten inte drabbas av svår förstoppning.

"Ledningskraft"[1] har föreslagit att landstingets två apotekare ansvarar för att undersöka möjligheten att starta piloter under hösten på olika boenden i länet, för att arbeta mera aktivt med att minska förskrivningen av både laxantia och sömnmedel. Utvärdering maj 2013.

Revisorernas bedömning

- Läkarnas medverkan i äldrevården kan, enligt vad granskningen visar, behöva följas upp. Det är enligt uppgifter vanligt att sjuksköterskorna från äldreboendena får åka till hälsocentralen när läkarronder ska genomföras istället för att läkaren kommer till äldreboendena. Anledningen uppges vara behovet att under ronden dokumentera patientuppgifterna i det vårdadministrativa systemet VAS.

Landstingsstyrelsens svar

Läkaren vill ofta ha tillgång till VAS vid ronden. Alla journaluppgifter om sjukhusbesök, lablistor, tidigare sjukhistoria och dylikt finns i det systemet. Förskrivningen av läkemedel i VAS kan dessutom endast ske inifrån VAS. För de patienter som har apodos, kan läkaren idag förskriva via kommunernas datorer i nya systemet pascal, men då saknas fortfarande alla journaluppgifter.

---

[1] Ledningskraft är en nationell mötesplats där ambitionen är att skapa en struktur för, och påbörja, kommuners och landstings lokala arbete med att bryta ner den övergripande strategiska handlingsplanen till en detaljerad aktivitetsplan. Vid mötesplatsen kommer representanterna från varje län att få möjlighet att arbeta vidare med sina handlingsplaner, sitt nuläge samt sitt önskade nya läge.

För att läkaren ska ha tillgång till VAS på äldreboendet krävs bärbar dator, vpn-dosa samt uppkoppling till nätverket. Om inte det finns kan läkaren behöva notera på annat sätt vad som bestäms under ronden, och sedan ordinera i VAS när läkaren återvänder till sin arbetsplats.

Ur kvalité och patientsäkerhets synpunkt finns fördelar med att läkaren kommer till boendena. Det är många gånger viktigt att träffa patienterna och övrig vårdpersonal som arbetar nära patienterna. Övrig vårdpersonal kan sällan närvara vid rond på Hälsocentral.

Läkarnas medverkan i äldrevården kan behöva följas upp. Sätten att på ett effektivt sätt sköta rondandet av äldreboenden är många och varierar både inom och mellan kommunerna. Bland annat beror det på hur de lokala förutsättningarna ser ut med kontinuitet på sköterske- och läkarfronten, bärbara datorer, avstånd till boendena och möjlighet till internetuppkoppling.

Revisorernas bedömning

- Avvikelsehanteringen bör ses över för att tillförsäkra att avvikelser avseende läkemedelsterapier rapporteras. I granskningen har framkommit att det sker mycket få, om ens några, avvikelserapporter som upprättas av läkarna med en koppling till läkemedelsterapierna i äldreboendena. Vidare har framkommit att Centuri (systemet för avvikelsehantering) behöver utvecklas för att bättre kunna stödja med underlag för analyser av läkemedelsbehandlingen i kommunernas äldrevård.

Landstingsstyrelsens svar

Centuri är ett system som används inom landstinget för dokumenthantering, avvikelserapportering samt handläggning av dessa. Fortsättningsvis beskrivs endast delen med avvikelserapportering och handläggning av avvikelser. Hälso- och sjukvården inom landstinget, såväl specialiserad vård som primärvård, började använda Centuri för avvikelsehantering i oktober 2011. Därefter har folktandvården anslutit sig och även privata vårdgivare inom hälsoval, dvs. primärvård där landstinget har avtal med annan vårdgivare. Kommunerna i länet har egna system för att rapportera avvikelser. Det finns ingen enhetlighet vad gäller system för avvikelsehandläggning.

Läkarnas möjlighet att rapportera avvikelser är i landstingets avvikelsesystem i Centuri. Däremot kommer sjuksköterskornas avvikelser avseende läkemedel att rapporteras i respektive kommuns system. Det är väsentligt att avvikelser skrivna av sjuksköterskor gällande patienters läkemedelsbehandling skickas till berörd chef inom landstinget för handläggning.

Enligt landstingets rutin för avvikelsehantering uttrycks när det gäller rutin för avvikelser till aktörer utanför Centuri: ”Verksamheter i landstinget samverkar med ett flertal aktörer, som inte rapporterar avvikelser i Centuri. Möjlighet finns att bifoga avvikelserapport från Centuri som bilaga i e-post. Annat alternativ är att skicka papperskopia till berörd instans”. Således finns rutiner för att kunna delge varandra inträffade avvikelser oavsett gemensamt system för rapportering. Det är inte säkert att Centuri behöver utvecklas för ändamålet ”bättre kunna stödja underlag för analyser av läkemedelsbehandlingen i kommunernas äldrevård”. Ett första steg är att säkerställa att den statistik som kan tas ut

från Centuri idag är korrekt. Eftersom systemet nyligen är introducerat finns med säkerhet delar som bäst utvecklas genom ytterligare introduktion av landstingets chefer och medarbetare i systemet. I detta ligger även att göra analyser av registrerade avvikelser, ge återkoppling till berörd personal samt att lära av de misstag som rapporterats och implementera förändring.

De väsentligaste stegen i handläggning av avvikelser är att alla typer av oförutsedda händelser som kan antas ha samband med kvalitetsbrister i verksamheten eller ge upphov till skada eller skaderisk för patienter eller personal rapporteras. Rapportering sker i avvikelsehanteringssystemet, Centuri. I systemet kan rapportören följa utredningsarbetet från rapport till uppföljning av åtgärd. Utredning och uppföljning utför enhetschef eller annan utsedd sakkunnig. Alla avvikelser genomgår sedan kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvårdskunnig kvalitetsgranskare. Granskningen ser till om åtgärderna är relevanta i förhållande till händelsen samt vid behov kompletteras ofullständiga rapporter.

Revisorernas bedömning

- Socialstyrelsen har i sin rapport "Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi" bland annat fört fram behov av en utveckling av vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin. I den nu aktuella granskningen, liksom i våra tidigare granskningar, har framkommit att utbildning av personalen i geriatrik och läkemedelsfrågor är en nödvändig och effektiv åtgärd för att förbättra läkemedelsbehandlingen vid äldreboenden.

Landstingsstyrelsens svar

Under senaste året har läkemedelskommittén erbjudit samtliga hälsocentraler i länet en utbildning under en timme i ämnet olämpliga läkemedel till äldre. Till dessa tillfällen ska enhetschefen ha inbjudit kommunens sjuksköterskor att delta. Enligt uppgifter från kommunerna har det inte alltid skett.

Till hösten startar primärvården upp äldreläkarmöten en gång per termin, där primärvårdens läkare får delta för att diskutera förskrivning till multisjuka äldre. Till dessa tillfällen kommer geriatriker och andra experter att bjudas in vid tillfälle för att informera och delta vid diskussionerna. För att följa upp detta planeras liknande nätverksträffar för kommunens sjuksköterskor som arbetar på äldreboendena i länet.

En allmänläkare vid Odensala HC utbildar sig för närvarande till geriatriker i Umeå. Läkaren räknas med att bli en stor tillgång till länet efter utbildningen slutförts.

Revisorernas bedömning

- I granskningen har framkommit en förskrivning av antidepressiva medel till äldre i kommunernas boenden i en genomsnittlig omfattning på 48 procent (varierar bland boenden mellan 10-91 procent). Vi noterar även att dessa läkemedel tillhör en grupp där läkemedelskommittén i "Behandlingsmål för läkemedelsbehandling" rekommenderar en ökad användning. Vi ställer oss frågande till en rekommendation som uppmanar till ökad förskrivning av visst läkemedel. Detta anser vi kan medföra ett alltför stort fokus på läkemedelsbehandling på bekostnad av andra, både mer lämpliga och önskvärda, alternativa behandlingsmetoder och/eller omvårdnadsåtgärder.

Landstingsstyrelsens svar

Depression är vanligt och ofta svårt att diagnostisera hos äldre, i synnerhet vid samtidig kognitiv svikt. Antidepressiva läkemedel är också förstahandsmedel på andra indikationer än depression, som är vanliga hos äldre (t ex neuropatisk smärta, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, ångestsyndrom). Det är omöjligt att ange en viss procentsiffra för behandling med antidepressiva läkemedel till äldre, som den rätta. Den stora variationen i revisionsrapporten (10-91 procent) mellan boenden antyder att både över- och underbehandling förekommer. Dock måste påpekas att extremvärdena båda avser boenden med få personer. (1 av 10 personer respektive 10 av 11 personer). Om dessa undantas blir variationsbredden mindre (27-73 procent). Det är mer angeläget att värdera om antidepressiva läkemedel används på ett ändamålsenligt sätt (genom återkommande uppföljning etc), än att fokusera på andelen användare. Det kräver en mer omfattande analys än att bara se på antalet användare vid boenden.

Beträffande Läkemedelskommitténs behandlingsmål ingår antidepressiva läkemedel till personer över 20 år, som ett av "golven" med syfte att kostnadseffektiva läkemedel inte ska underanvändas. Det viktigaste motivet till detta är att den ökade användningen av antidepressiva läkemedel till vuxna är den förmodligen viktigaste orsaken till att suicidtalen minskat påtagligt de senaste decennierna, inte minst i Jämtlands län. Vilka läkemedelsgrupper som ska anses vara angelägna att öka eller minska förskrivningen av måste rimligen vara en fråga att bedöma för den expertis, som finns inom läkemedelskommittén. Alternativ till antidepressiva läkemedel finns, främst psykoterapeutiska metoder, men är sällan möjliga att genomföra för äldre och helt omöjliga vid samtidig kognitiv funktionsnedsättning.

JÄMTLANDSL LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

9:6

Jämtlands Läns Landsting

Skrivelse

Landstingets revisorer

2012-04-10

Dnr REV/23/2011

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2012 -04- 11
Dnr LS/...../20.....

Landstingsstyrelsen

Granskning av Läkemedel i äldrevården

Revisionskontoret har på vårt uppdrag och med hjälp av PWC genomfört en granskning av Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre. Granskningen har genomförts tillsammans med revisorerna i tre av länets kommuner, Östersund, Krokom och Strömsund. Granskningen är i stora delar en uppföljning av de två tidigare utförda granskningarna av Läkemedel i äldrevården (REV/5/2005 och REV/24/2007).

De övergripande revisionsfrågorna har varit att undersöka om *läkemedelsförskrivningen/ användningen vid kommunernas särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.*

Granskningen har huvudsakligen genomförts med hjälp av dokumentstudier, intervjuer med sammanlagt 27 personer inom kommunernas äldreomsorg och i landstinget. Granskningen har även omfattat insamlad statistik avseende läkemedelsanvändningen i samtliga 35 äldreboenden inom de tre kommunerna som ingått i granskningen. Granskningen omfattar däremot inte några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d.v.s. medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Resultatet av granskningen visar att läkemedelsanvändningen hos patienter i äldrevården är tämligen omfattande samt att det finns brister i uppföljningen av denna behandling, ett förhållande som även konstaterades i de ovan nämnda tidigare granskningarna.

I det följande redovisas de områden som behöver förbättras.

- Granskningen har visat att det finns anledning att följa upp hur läkemedelsgenomgångar genomförs och hur ofta. Det är enligt uppgifter ett flertal äldre som får någon slags läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Läkemedelsanvändningen är ändå omfattande samt att läkemedel som kan orsaka betydande biverkningar och interaktioner i vissa fall ordineras i stor omfattning. Det har framkommit att det finns oklarheter om vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla och vi har även fått signaler om att antalet läkemedelsgenomgångar rent generellt minskat jämfört med hur det såg ut för några år sedan.
- Den i vissa fall stora skillnaden i läkemedelsförskrivningen mellan äldreboendena bör enligt vår mening undersökas närmare. Som exempel kan nämnas att förskrivningen av Laxantia (laxermedel) varierar bland boendena mellan 15-97 procent.

- Läkarnas medverkan i äldrevården kan, enligt vad granskningen visar, behöva följas upp. Det är enligt uppgifter vanligt att sjuksköterskorna från äldreboendena får åka till hälsocentralen när läkarronder ska genomföras istället för att läkaren kommer till äldreboendena. Anledningen uppges vara behovet att under ronden dokumentera patientuppgifterna i det vårdadministrativa systemet VAS.
- Avvikelserapporteringen bör ses över för att tillförsäkra att avvikelser avseende läkemedelsterapier rapporteras. I granskningen har framkommit att det sker mycket få, om ens några, avvikelserapporter som upprättas av läkarna med en koppling till läkemedelsterapierna i äldreboendena. Vidare har framkommit att Centuri (systemet för avvikelsehantering) behöver utvecklas för att bättre kunna stödja med underlag för analyser av läkemedelsbehandlingen i kommunernas äldrevård.
- Socialstyrelsen har i sin rapport "Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi" bland annat fört fram behov av en utveckling av vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin. I den nu aktuella granskningen, liksom i våra tidigare granskningar, har framkommit att utbildning av personalen i geriatrik och läkemedelsfrågor är en nödvändig och effektiv åtgärd för att förbättra läkemedelsbehandlingen vid äldreboenden.
- I granskningen har framkommit en förskrivning av antidepressiva medel till äldre i kommunernas boenden i en genomsnittlig omfattning på 48 procent (varierar bland boenden mellan 10-91procent). Vi noterar även att dessa läkemedel tillhör en grupp där läkemedelskommittén i "Behandlingsmål för läkemedelsbehandling" rekommenderar en ökad användning. Vi ställer oss frågande till en rekommendation som uppmanar till ökad förskrivning av visst läkemedel. Detta anser vi kan medföra ett alltför stort fokus på läkemedelsbehandling på bekostnad av andra, både mer lämpliga och önskvärda, alternativa behandlingsmetoder och/eller omvårdnadsåtgärder.

Vi emotser senast den 3 augusti 2012 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Gustaf Onilsgård
Ledamot

Bilaga
Rapporten Granskning av Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för Centrum primärvården
Chefen för Beställarenheten vid hälso- och sjukvårdsstaben
Ordförande i Läkemedelskommittén

9:8

Revisionsrapport

Läkemedelsförskrivning vid kommunernas särskilda boenden för äldre

En samverkansgranskning mellan revisorerna i landstinget och kommunerna Östersund, Krokom och Strömsund

Jämtlands läns landsting

Jan-Erik Wuolo
Cert. kommunal
Revisor

Fredrik Markstedt
Revisionskonsult

Mars 2012

pwc

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Bakgrund och uppdrag	2
2.1.	Revisionsfråga	3
2.2.	Metod och avgränsning	3
3.	Granskningsresultat	6
3.1.	Mål och riktlinjer för läkemedelsbehandling vid äldreboenden	6
3.1.1.	Bedömningar – mål och riktlinjer	8
3.2.	Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena	9
3.2.1.	Hög risk för biverkningar hos äldre	10
3.2.2.	Polyfarmaci	12
3.2.3.	Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat	13
3.2.4.	Antal äldre med stående ordination av laxantia	13
3.2.5.	Bedömningar - läkemedelsanvändningen	14
3.3.	Läkemedelsgenomgångar (LMG)	16
3.3.1.	Bedömning – läkemedelsgenomgångar	17
3.4.	Tillgång till läkare - avtal och läkarinsatser vid äldreboendena	18
3.4.1.	Bedömning – läkartillgång vid äldreboendena	19
3.5.	Avvikelserapportering - läkemedel	20
3.5.1.	Bedömning – avvikelserapportering avseende läkemedel	21
3.6.	Kompetensutveckling	22
3.6.1.	Bedömning – kompetensutveckling	23

Bilagor:

Bilaga 1. Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen
Bilaga 2. Läkemedelsanvändning per kommun för Östersund, Krokom och Strömsund äldreboenden (mättillfälle februari 2012)
Bilaga 3. Definition av läkemedelsgenomgång vid äldreboenden i Jämtland

1. Sammanfattande bedömning

Revisionsfrågan för denna granskning är om läkemedelsförskrivningen vid kommunernas äldreboenden är ändamålsenlig. I rapporten ovan har vi redogjort för de olika förhållanden i form av kontrollmålsområden som avser att belysa revisionsfrågan. Vår bedömning är att dessa förhållanden inte är ändamålsenliga till alla delar. Det finns behov av olika åtgärder för att närma sig en optimal läkemedelsförskrivning till de äldre.

De områden där vi anser att ändamålsenligheten främst kan förbättras är:

- Polyfarmaci - andelen äldre som kontinuerligt använder mer än tio läkemedel samtidigt samt andelen äldre som samtidigt intar 2-3 psykofarmaka. Det är 29 procent av de äldre som kontinuerligt använder denna kombination av läkemedel med risk för allvarliga biverkningar och interaktioner.

- Andelen äldre som kontinuerligt använder lugnande medel och sömnmedel. Det är 40 procent av de äldre som kontinuerligt använder dessa medel med risk för allvarliga biverkningar.

- Andelen äldre som kontinuerligt använder laxantia. Det är 53 procent i genomsnitt av de äldre som har dessa läkemedel som stående ordination. Olika omvårdnadsåtgärder bör övervägas som alternativ till denna medicinering

- Tillämpningen av den fastställda riktlinjen för hur en läkemedelsgenomgång ska genomföras.

- Läkarnas rapportering och landstingets möjlighet att redovisa uppgifter om avvikelser med koppling till läkemedelsbehandlingar vid äldreboendena.

Riktlinjer för läkemedelsförskrivning till äldre samt läkartillgången vid äldreboendena bedömer vi som tillfredsställande. Vi har dock uppmärksammat att vid vissa äldreboenden är bristande läkarkontinuitet ett problem som kan ha en negativ påverkan på läkemedelsförskrivningen.

Vår uppfattning är att vidareutbildning av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden vid äldreboendena inom området geriatrik kan vara en effektiv åtgärd i arbetet med att optimera läkemedelsbehandling vid äldreboendena.

2. Bakgrund och uppdrag

Att äldre ordineras och använder mycket läkemedel är välkänt, t ex att personer över 75 år eller äldre uppgår till ca 9 procent av befolkningen men använder mer än 25 procent av alla mediciner som konsumeras i landet. Socialstyrelsen (SoS) har i olika studier uppmärksammat att det i flera avseende förekommer olämplig läkemedelsanvändning bland de äldre, inte minst inom kommunernas äldreboenden. Denna omfattande läkemedelsanvändning innebär enligt SoS en kraftigt ökad risk för oönskade interaktioner mellan olika läkemedel och biverkningar hos de äldre som kan innebära försämrad funktionsförmåga. SoS har tagit fram riktlinjer för medicinering av äldre som ett stöd till läkare och övrig vårdpersonal - *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Målet är en optimal läkemedelsanvändning bland de äldre som tar sikte på hög patientsäkerhet, de äldres välbefinnande samt kostnadseffektivitet. I detta arbete har läkarna med sin kompetens och som förskrivare samt vårdpersonalen vid kommunernas äldreboenden viktiga roller.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser att läkemedelsbehandlingen för äldre behöver förbättras avsevärt och redovisar att alltför många äldre får olämpliga läkemedel och att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem. Andra har även uppmärksammat de äldres läkemedelsanvändning, inte minst de regionala läkemedelskommittéerna och deras gemensamma samverkansorgan – LOK. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har bedrivit ett arbete benämnt, *Bättre läkemedelsanvändning för äldre med omfattande vårdbehov* och gett ut skriften *Kvalitetsindikatorer som stöd för en säkrare läkemedelsterapi hos äldre, (SÄLMA-projektet)*. Även pensionärsorganisationerna visar ett stort intresse för frågor kring äldres läkemedelsanvändning.

Varje kommun ska, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som bland annat bor i särskilda boenden. För omsorgen och vården av de äldre vid särskilda boendena finns tillgång till sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Kommunens ansvar och befogenhet omfattar däremot inte den hälso- och sjukvård som meddelas och utförs av läkare. Det kan i sammanhanget nämnas att sjuksköterskor har en begränsad behörighet att ordinera läkemedel. Det är landstingets ansvar att tillgodose behovet av läkare vid äldreboendena och det är läkarna som har den huvudsakliga behörigheten att ordinera läkemedel till de äldre. De läkemedel som de äldre vid särskilda boenden använder kan vara förskrivna, förutom av äldreboendets läkare, av läkare från sjukhusvården. Läkarna är oftast allmänläkare från primärvårdens hälsocentraler på orten.

Vid de särskilda boendena för äldre möts landstinget och kommunerna med sina respektive resurser, kompetenser och ansvar kring hälso- och sjukvården. För att vården av de äldre ska bli så effektiv och patientsäker som möjligt är det viktigt med god samverkan, goda kommunikationer och ett effektivt informationsutbyte mellan landstingets och kommunernas personal. Ett bra teamarbete ger en god grund för utveckling av gemensamma synsätt, mål och rutiner.

Revisorerna i landstinget har uppdragit till PwC Kommunal Sektor att granska och bedöma läkemedelsförskrivningen/-användningen och vissa rutiner med koppling till området läkemedel vid kommunens särskilda boenden för äldre. Landstingsrevisorerna gör denna granskning i samverkan med kommunrevisorerna i Östersund, Strömsund och Krokom.

9:12

2.1. Revisionsfråga

Revisionsfrågan för denna granskning är om läkemedelsförskrivningen/-användningen vid kommunernas särskilda boenden för äldre är ändamålsenlig.

För att besvara revisionsfrågan har följande kontrollmål varit styrande för granskningen;

- Gällande riktlinjer för förskrivning av läkemedel till äldre tillämpas.
- Förekomsten av polyfarmaci, samtidig användning av alltför många läkemedel samtidigt per boende, är begränsad.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel och olämpliga läkemedelskombinationer för äldre är så låg som möjligt.
- Läkarna medverkar till att årliga läkemedelsgenomgångar (LMG) genomförs för samtliga patienter vid äldreboendena.
- Det finns avtal och rutiner om läkarmedverkan vid äldreboendena som tillämpas och som bidrar till en patientsäker läkemedelsförskrivning till de äldre.
- Det finns riktlinjer för rapportering, uppföljning och åtgärder avseende läkemedelsavvikelser som tillämpas.

2.2. Metod och avgränsning

Granskningen omfattar de som bor på kommunens särskilda boenden för äldre. Det innebär att t ex gruppen psykiskt funktionshindrade och personer som omfattas av LSS inte ingår. Läkemedelsstatistiken som har samlats in avser en mätning en dag under veckorna 4-6 (2012).

Den avvikelserapportering som redovisas i granskningen kommer från den återkommande rapportering som äldreomsorgen/medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) i respektive kommun redovisar till socialnämnden. Från landstingets primärvård finns ingen tillgänglig statistik att rapportera från detta område (se 2.5 nedan).

Från landstinget har intervjuats fem allmänläkare från hälsocentraler i Östersund (3), Strömsund (1) och Krokom (1). Dessutom har intervjuats ordföranden i Läkemedelskommittén tillika allmänläkare, chefen för Centrum Primärvård, chefen för Beställarenheten vid hälso- och sjukvårdsstaben samt biträdande landstingsdirektör ledningsstaben hälso- och sjukvård.

Intervjuer i kommunerna har genomförts med tre chefer inom äldreomsorgen, tre MAS:ar och 12 sjuksköterskor vid 7 äldreboenden i de tre kommunerna. Äldreboenden som på uppdrag av kommunerna drivs av privata vårdleverantörer ingår även i granskningens läkemedelsstatistik.

Sammantaget har 27 personer intervjuats.

Ordföranden i Läkemedelskommittén och chefen för Centrum Primärvård har faktakontrollerat rapporten.

Vi vill i sammanhanget nämna att ovan nämnda intervjuade personer har varit oss till god hjälp under granskningen med att förse revisionen med såväl muntlig som skriftlig dokumentation som belyser läkemedelsanvändning bland äldre.

De äldres läkemedelsbehandling registreras för dem som har ApoDos[1] i det IT-baserade informationssystemet E-dos[2] och därifrån kan en läkemedelslista skrivas ut. För de som inte har ApoDos sker registreringen i landstingets journalsystem VAS och läkemedelslistan kan den vägen tas ut i pappersform och utgöra underlag för iordningställande och administreringen (sätta i dosett och ge läkemedel) av läkemedel vid äldreboendena. Sjuksköterska vid äldreboendena får tillgång till ett utdrag avseende de äldres läkemedel från hälsocentralen via läkaren och VAS. För journalföringen använder kommunen sig av det olika IT-baserade program, t ex Viva. Läkarna registrerar läkemedelsförskrivningarna i VAS. Läkemedelslistan i VAS är för varje patient gemensamt tillgänglig för både primärvårdens och slutenvårdens läkare.

Det kan i sammanhanget nämnas att pga omregleringen av hela apoteksmarknaden har det fattats ett nationellt beslut om att under 2012 ersätta E-dos med systemet Pascal, som all hälso- och sjukvårdspersonal i regioner, landsting och kommuner samt apoteksaktörer ska använda.

Läkemedelsstatistiken i denna granskning omfattar de tre kommuners samtliga 35 äldreboenden och av de 1011 äldre/platser som finns vid dessa enheter ingår 983 personer (97 procent). Intervjuer har genomförts med MAS och ansvariga sjuksköterskor vid 9 av dessa boenden. Då motsvarande granskning genomförts i Norrbotten och Västernorrland finns ett jämförelsematerial med sammantaget 2380 äldre vid 83 äldreboenden i åtta granskade kommuner.

Vissa läkemedel och alltför många läkemedel i kombination kan leda till negativa biverkningar hos äldre patienter, t ex förvirringstillstånd, yrsel mm. Detta kan i sin tur negativt påverka de äldres sociala och kognitiva förmåga men även öka risken för fallskador som kan leda till olika frakturer. Kombinationer av läkemedel riskerar att leda till oönskade interaktioner vilket innebär att flera läkemedel i kombination även kan påverka den äldre negativt.

Den läkemedelsanvändning som redovisas i rapporten är stående läkemedel. Inga tillfälliga sk vid-behov-mediciner ingår. Granskningen bygger bland annat på ett urval av indikatorer och kriterier från Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (juni 2010)*. Följande urval av indikatorer avseende de äldres läkemedelsanvändning har mäts vid äldreboendena:

1. Hög risk för biverkningar hos äldre
- Antal äldre med stående ordination av neuroleptika, ATC-kod[3]: N05A
- Antal äldre med stående ordination av antidepressiva, ATC-kod: N06A

[1] ApoDos innebär att apoteket tar ut läkemedel ur originalförpackningar från leverantörerna och iordningställer maskinellt läkemedel i dospåsar/dosbrickor till varje tillfälle läkemedlen ska intas. Varje ApoDospåse kan innehålla flera olika typer av läkemedel.

[2] E-dos är en webbaserad applikation som möjliggör tvåvägs kommunikation mellan sjukvård och dosapotek. I E-dos hanteras ordinationer för ApoDos-vårdtagare.

[3] Läkemedel klassificeras enlig rekommendation från WHO med ATC-kod (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). N=centrala nervsystemet, 05= terapeutisk huvudgrupp t ex neuroleptika, A= kemisk/terapeutisk undergrupp t ex bensodiazepinderivat

9:14

- Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och/eller sömnmedel, ATC-kod: N05B och N05C

2. Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat (antiinflammatoriska medel), ATC-kod: M01A

3. Antal äldre med stående ordination av laxantia, ATC-kod: A06A

4. Polyfarmaci:
- Antal äldre med samtidig stående ordination 2 – 3 av följande medel:
- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Lugnande och/eller sömnmedel

- Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel
- Antal äldre med fler än 20 ordinerade läkemedel

5. Antal äldre som får en årlig läkemedelsgenomgång

För ovanstående läkemedel redovisar SoSs kunskapsöversikt information om bland annat användningsområden, biverkningar, interaktioner, vad som bör beaktas avseende äldres användning av medlen osv. (se bilaga1).

I rapporten används begreppen läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning. När det gäller särskilda boenden för äldre är begreppen synonyma, eftersom man vet att alla läkemedel som förskrivs även intas av de äldre. Följsamheten till förskriven ordination är med andra ord hög. För personer som bor i ordinärt boende är följsamheten oftast lägre pga. att mediciner inte hämtas ut från apoteket och av olika skäl inte intas enligt ordination även om de hämtats ut.

Granskningen och de bedömningar som görs här bygger i huvudsak på intervjuer, dokumentation och insamlad statistik avseende läkemedelsanvändningen i kommunens äldreboenden. Granskningen omfattar däremot inte några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d v s medicinska bedömningar av enskilda läkemedelsterapier.

I diskussioner om metodfrågor t ex val av indikatorer, utformning av underlag för insamling av läkemedelsstatistik samt analys av statistiken har vi haft stöd apotekare/läkemedelsstrateg samt allmänläkare.

9:15

3. Granskningsresultat

3.1. Mål och riktlinjer för läkemedelsbehandling vid äldreboenden

Nationellt
Landstinget och kommunen/socialnämnden är var och en för sin del ansvariga vårdgivare för hälso- och sjukvården vid de särskilda boendena enligt de krav som HSL ställer. Kommunen ska därutöver beakta Socialtjänstlagens krav.

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ska tillämpas på den patientinriktade vården inom kommunens verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Enligt *SOSFS 1997:10, Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård*, ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS har bland annat ett medicinskt ledningsansvar för all legitimerad personal inom kommunens vård och omsorg.

När det gäller äldres läkemedelsanvändning är det främst SoSs rekommendationer *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (juni 2010)* som är tillämpliga. SBU har 2009 lämnat rapporten, *Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras*. Här lyfter SBU bland annat fram att löpande omprövningar av läkemedelsordinationer kan minska läkemedelsrelaterade problem.

Regeringen, och SKL har för 2012 överenskommit om utveckling av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. 1,1 miljarder kronor i stimulansmedel har avsatts för ändamålet. Kommuner och landsting får del av de ekonomiska medlen i förhållande till prestation. Två områden prioriteras: God läkemedelsbehandling av äldre och en sammanhållen vård och omsorg. Fokus kommer att ligga på;

- olämpliga läkemedel, andel av alla över 65 år med minst ett olämpligt medel.
- olämpliga läkemedelskombinationer allvarliga interaktioner hos personer över 65 år.
- läkemedel vid psykos. Andel av alla i särskilt boende.

Enligt uppgift kan länet få medel mellan 4,5 mkr-200 mkr (70 procent till länets kommuner och 30 procent till landstinget).

Regionalt
I *Landstingsplan 2012-2014* behandlas vissa mål och aktiviteter med beröringspunkter till området läkemedel och äldre. Kopplingen mellan fallprevention och äldres läkemedelsanvändning lyfts fram. Vidare sägs att landstinget ska förstärka det preventiva arbetssättet samt förbättra livskvalitet och patientsäkerhet för sjuka äldre i samarbete med kommunen och andra utförare. Läkemedelshanteringen i vårdens övergångar ska bli säkrare och speciellt ska en mer ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre uppnås.

I Centrum Primärvårds *Verksamhetsplan 2012 för landstingsdriven primärvård* hänvisas, när det gäller hälsomålen, till regelverket för hälsovalet. Därutöver finns ett par landstingsgemensamma uppdrag redovisade med koppling till äldres läkemedelsanvändning och som även omfattar Centrum Primärvård;

- I arbetet med "Bättre liv för sjuka äldre" förstärka preventivt arbetssätt och förbättra behandlingskvalitet och patientsäkerhet i samarbete med kommun och andra utförare.

- Läkemedelshanteringen i vårdens övergångar ska bli säkrare och speciellt ska en mer ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre uppnås.

Landstinget har via läkemedelskommittén (LMK) tagit fram olika rekommendationer och riktlinjer som berör området medicinering av äldre. I LMK finns en ledamot för kommunerna (MAS Åre kommun). Eftersom äldre är en grupp med hög konsumtion av läkemedel så är det flera rekommendationer som berör de äldres medicinering. Följande styrdokument kan nämnas;

- *Förfrågningsunderlag – hälsoval i Jämtlands län 2011.* Dokumentet innehåller uppdragsspecifikation för vårdleverantörer (interna och externa) inom ramen för Lagen om valfrihetssystem. Här läggs bland annat fast att samarbetet mellan landsting och kommun regleras i de sk ädelavtalen, t ex gäller det läkarmedverkan vid äldreboenden. Av uppdragsbeskrivningen framgår att vårdleverantörerna ska följa LMKs rekommendationer.

- *God läkemedelsbehandling hos äldre i öppenvård i Jämtlands län,* är framtaget av Projektgruppen för säker läkemedelshantering i vårdens övergångar. I dokumentet framgår t ex att äldre med kontinuerlig läkemedelsbehandling ska ha en årlig genomgång av sin medicinering men även fortlöpande uppföljning och bedömning av sin totala medicinska status med provtagning i samråd med patienten och anhöriga. Beträffande definition av årlig läkemedelsgenomgång (LMG) se bilaga 3. Vid LMG ska sjuksköterska vid äldreboendet, enligt rutinen för LMG, göra en symptomskattning enligt t e x verktyget *Phase 20* för att identifiera symptom hos de äldre som kan bero på läkemedel. Vidare sägs att varje äldreboende bör ha en namngiven fast läkare.

- Riktlinjen *Olämpliga läkemedel till äldre* redovisar en sammanställning över läkemedel som bör undvikas.

- *Läkemedelsavstämning checklista* är ett stöd för god läkemedelsbehandling i öppenvård samt i vårdens övergångar.

- Det finns fastställda *Behandlingsmål* för tio läkemedelsgrupper som LMK följer upp och rapporterar. T ex gäller det blodtryckssänkare, antidepressiva, antibiotika, antikolinerga[4] och beroendeframkallande medel.

- Läkemedelskommittén har identifierat fem områden ("golv och tak") där läkemedelsförskrivningen, av medicinska skäl, både bör öka och minska - *Behandlingsmål för läkemedelsbehandling i primärvården i Jämtlands län 2008.* I vissa fall bör medicineringen öka t ex för hypertonimedel, antidepressiva och minska för t ex beroendeframkallande och antikolinerga medel.

- Informationsblad från LMK i Jämtland, *Jämtmedel.* Här informerar läkemedelskommittén regelbundet i olika frågor som berör området äldres läkemedelsanvändning. Det kan gälla olämpliga medel för äldre, riktlinjer, som t ex LMG, uppföljningar mm.

[4] **Antikolinerga medel** är preparat som blockerar impulserna i de nerver som stimulerar magtarmkanalen och urinblåsan men påverkar också de delar av hjärnan som är viktiga för minnet och andra kognitiva funktioner. Medlen kan orsaka muntorrhet, förstoppning och urinstopp samt leda till kognitiva störningar, från lätta minnesstörningar och i svårare fall förvirring eller till och med demensliknande tillstånd.

9:17

I landstinget dokumenteras patienternas läkemedel i den gemensamma läkemedelslistan LM i det IT-baserade vårdadministrativa informationssystemet VAS. Det poängteras att LM alltid ska vara fullständig och uppdaterad som ett säkert och tillförlitligt verktyg i sjukvården.

LMK har en omfattande läkemedelsstatstik sedan flera år tillbaka avseende förskrivningen som följs upp på kommunnivå när det gäller äldres läkemedel. Därutöver när det gäller uppföljningar av läkemedelsanvändningen för äldre tar LMK fram *Årsrapport läkemedel JLL 2010*. Här följs upp och redovisas kommunvis flertalet indikatorer avseende läkemedelsanvändningen bland äldre, dock inte specificerat per äldreboende.

Inom landstinget finns Styrgrupp Läkemedel som tillsammans med Läkemedelskommittén utgör hälso- och sjukvårdsdirektörens strategiska resurs för läkemedelsfrågor, bland annat arbetar man med uppföljningar.

Ovan nämnda riktlinjer gäller för hälsocentralerna även de som drivs av privata vårdleverantörer. Det finns fyra hälsocentraler som drivs via vårdavtal inom ramen för Lagen om valfrihet (LOV). Dessa är Hede, Hoting, Offerdal och Hammerdal. Hälsocentralen i Gäddede drivs av Strömsunds kommun.

3.1.1. Bedömningar – mål och riktlinjer

Via främst LMK finns både riktlinjer och uppföljningar av läkemedelsbehandling av äldre i länet/kommunerna. Övergripande mål finns även i landstingsplanen som berör området läkemedelsbehandling av äldre. Likartade mål finns redovisade i Centrum primärvårds verksamhetsplan för 2012. I förfrågningsunderlaget avseende hälsovalet är det tydliggjort att alla vårdleverantörer ska följa LMKs rekommendationer. Vi bedömer denna styrning och uppföljning som tillfredsställande även om det inte löpande sker någon uppföljning hur läkemedelsförskrivningen ser ut på enskilda äldreboenden i kommunerna, på det sätt som t ex skett i denna granskning.

Vi anser att det borde finnas ett gemensamt intresse mellan och krav på berörda hälsocentraler och kommunens äldreomsorg att regelbundet följa förskrivningen på en övergripande nivå vid varje äldreboende. Detta kan ske utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer om medicinering av äldre. Valet av indikatorer på läkemedelsförskrivningen som följs upp kan lämpligen utgå från äldreboendenas förutsättningar, prioriteringar etc. LMKs riktlinjer och kompetens kan utgöra ett gott stöd i detta arbete. Sådana uppföljningar skulle öppna möjligheter för jämförelser mellan äldreboendena vilket vore intressanta i detta sammanhang eftersom skillnader mellan enheterna avseende läkemedelsanvändning ställer följdfrågor som; vad beror dessa skillnader på och finns det anledning att vidta åtgärder och förändringar?

När det gäller styrningen av de äldres läkemedelsanvändning vid äldreboenden har även hälsocentralernas läkare i sin löpande dialog med sjuksköterskorna på äldreboendena en nyckelroll när det bland annat gäller att förmedla kunskap till äldreboendenas personal och skapa ett förhållningssätt till medicineringen av de äldre.

9:18

3.2. *Läkemedelsanvändningen vid äldreboendena*

Med SoSs indikatorer som grund har olika studier visat att det förekommer att de äldre använder alltför många läkemedel samtidigt, att olämpliga läkemedel förskrivs och att de äldre har olämpliga läkemedelskombinationer. Det sistnämnda kan innebära att olika läkemedel som intas samtidigt interagerar på ett olämpligt sätt så att läkemedlets avsedda effekt antingen försvagas eller förstärks.

Förskrivningen av läkemedel till dem som är 75 år och äldre har, enligt uppgift, fördubblats de senaste 20 åren. Läkemedelsproblemen kan öka ju fler läkemedel som kombineras, t ex genom sedering (lugnande/ångestdämpning) kan biverkningar hos de äldre uppkomma som, yrsel, förvirring, ökad fallrisk, störd kognitiv (intellektuell) och emotionell funktion.

Studier har även visat att många äldre som tas om hand vid sjukhusens akutmottagningar befinner sig där enbart på grund av läkemedelsrelaterade problem. 20 till 30 procent av alla akuta inläggningar anses bero på detta förhållande och kunde i vissa fall ha undvikits.

Inom verksamhetsområde medicin vid Östersunds sjukhus visade en undersökning (2007) av patienter över 80 år att 7, 2 miljoner kronor årligen uppskattades kunna hänföras till vårdkostnader pga läkemedelsrelaterade problem. Med utgångspunkt från en studie som SoS gjort beräknades den sammantagna kostnaden för Jämtland till 28 miljoner. Det var i undersökningen i Östersund ungefär lika vanligt med underbehandling som överbehandling med läkemedel av de äldre som orsak till inläggningar vid område medicin.

I bilaga 2 redovisas för var och en av kommunerna Östersund, Strömsund och Krokom den läkemedelsanvändning som vi granskat vid samtliga äldreboenden.

Tabell 1 nedan är ett sammandrag av bilaga 2 som visar på det sammantagna resultatet på kommunnivå och som därefter kommenteras i rapporten.

9:19

Tabell 1. Jämförelse av läkemedelsanvändningen, stående ordinationer, vid kommunernas äldreboenden (mättillfälle februari 2012)

Kommun	Östersund		Strömsund		Krokom		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	656		187		168		1011	
Antal äldre med i studien	634	97	184	98	165	98	983	97
Antal boenden	25		7		3		36	
Hög risk biverkningar								
Antal med neuroleptika	82	13	17	9	14	8	113	11
Antal med antidepressiva	302	48	98	53	76	46	476	48
Antal med lugnande och sömnmedel	269	42	70	38	50	30	389	40
Polyfarmaci								
Antal med 2-3 av ovan	183	29	56	30	46	28	285	29
Antal mer med än 10 medel	83	13	48	26	6	4	137	14
Antal med mer än 20 medel	2	0	1	1	0	0	3	0
Olämpliga läkemedel								
Antal med NSAID	15	2	7	4	2	1	24	2
Ev. bristande rutiner								
Antal med laxantia	337	53	142	77	45	27	524	53
Uppföljning								
Antal som får årlig läkemedelsgenomgång	594	94	184	100	105	64	883	90

3.2.1. Hög risk för biverkningar hos äldre

Neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel samt sömnmedel har samlingsnamnet psykofarmaka. Användningen av dessa läkemedel vid kommunernas äldreboenden har undersökts.

- **Antal äldre med stående ordination av neuroleptika (ATC-kod N05A)**

Användningsområdet är främst för patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Enligt rekommendationer ska andelen äldre som använder medlen vara så låg som möjligt och medlen bör undvikas i möjligaste mån. Stor restriktivitet har förordats av Läkemedelsverket som specifikt pekar på risker för patienter med demenssjukdom. Enligt uppgift ska äldre inte använda läkemedlet regelbundet längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

I genomsnitt 11 procent av alla äldre vid de tre kommunernas äldreboenden använder neuroleptika kontinuerligt. Lägst användning har Krokom med 8 procent och

9:20

högst har Östersund med 13. Strömsund låg på 9 procent. I de tidigare nämnda undersökningarna som vi gjort i Norrbotten och Västernorrland låg genomsnitten 20 respektive 15 procent. Vid de granskade äldreboendena i Jämtland varierar det stort avseende andelen som kontinuerligt använder neuroleptika. Variationen mellan äldreboendena sträcker sig från 0 och upp till 45 procent (se bilaga 2).

Även om man från vårt material inte kan dra några alltför säkra slutsatser om biverkningar och interaktioner kan nivån på neuroleptikaanvändningen vid de 8 äldreboenden med 20 procent eller mer ses som en varningssignal för behov av ökad kontroll och uppföljning. Hög neuroleptikaanvändning kan, enligt Läkemedelsverket, fås ner med goda omvårdnadsinsatser.

- **Antal äldre med stående ordination av antidepressiva (ATC-kod N06A)**

Det är vanligt med depressiva besvär bland äldre. Förekomsten har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen över 65 år. Hos äldre multisjuka som lider av flera kroppsliga sjukdomar är enligt uppgift förekomsten av depressioner ännu högre. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. Det finns uppfattningar om att äldre underbehandlas med antidepressiva medel. Jämtlands LMK har rekommendationen att förskrivningen i vissa fall bör öka. Studier har visat att vid behandling av äldre med antidepressiva medel finns brister dels avseende strategier för diagnostiseringen av patienten samt uppföljning, utvärdering och omprövning av medicineringen.

48 procent av samtliga äldre i granskningen använder antidepressiva medel regelbundet. I Östersund var det 48 procent som stående använde antidepressiva medel och i Strömsund 53 samt i Krokom 46 procent. I Norrbotten och Västernorrland var det 31 respektive 45 procent som använde antidepressiva medel kontinuerligt. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör, enligt experter, att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

Vid äldreboendena varierar användningen av antidepressiva läkemedel mellan 10 och upp till 91 procent. De tre äldreboendena som har den högsta andelen äldre som kontinuerligt använder antidepressiva medel har nivåerna 91, 73, och 69 procent. Resultatet visar på att användning kan varierar markant mellan boenden och för vissa äldreboenden kan det indikera en överförskrivning. För att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlen finns rekommendationer att en kontinuerlig uppföljning och utvärdering bör ske.

- **Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel (ATC-kod N05B och N05C)**

Lugnande medel/bensodiazepiner är i många fall beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, muskelsvaghet, balansstörningar och fall samt kognitiva störningar. En tidigare presenterad forskningsrapport från Aging Research Center vid Karolinska institutet visar på problemet att många äldre använder lugnande medel felaktigt. Det sker kontinuerligt och inte bara vid behov eller under kortare perioder, vilket rekommenderas. Stående ordinationer av sömnmedel är inte lämpliga, omprövning av användningen bör ske senast inom en månad som en del i den löpande uppföljningen av de äldres medicinering. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg. Läkemedelskommittén har i sina rekommendationer angett dessa läkemedel som i många fall olämpliga för äldre och

9:21

att förskrivningen bör minska. Omvårdnadsåtgärder kring de äldres kostintag kan övervägas som alternativ till t ex sömnmedel.

Vid äldreboendena i Östersund är det 42 procent som kontinuerligt använder dessa medel. Motsvarande andel i Strömsund och Krokom är 38 respektive 30 procent. Det är i genomsnitt 40 procent av de äldre i de granskade kommunerna som kontinuerligt använder dessa medel. I Norrbotten var genomsnittet 34 procent och i Västernorrland 29.

Andelen äldre vid de tre kommunernas äldreboenden som använder lugnande/sömnmedel regelbundet varierar mellan 10 – 75 procent. 75 procent får anses som en markant hög andel. Skillnader mellan äldreboendena framgår av bilaga2.

Vid de äldreboenden som vi i besökt andra län och som aktivt arbetat med att minska sömnmedel framhålls kopplingen mellan de äldres kostintag och bättre sömn, t ex att se över tiderna för kostintag, att ge näringsdryck eller något annat kostalternativ.

3.2.2. *Polyfarmaci*

Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp, men även mellan läkemedelsgrupper, innebär en ökad risk för negativa interaktioner och biverkningar som t ex kan leda till läkemedelsorsakad sjukhusvård. Läkemedelsbehandlingens effekter kan även bli svåra att kontrollera och förutsäga. Socialstyrelsens ståndpunkt är att ett intag av mer än 10 läkemedel samtidigt innebär polyfarmaci. I rapporten *Öppna jämförelser 2010 Vård och omsorg om äldre,* framhålls att samtidig användning av mer än tio läkemedel bör ses som en signal om att det finns risker med läkemedelsbehandlingen. En vanlig orsak till polyfarmaci bland äldre kan t ex vara att läkemedelsterapin inte regelbundet ses över eller bristande läkarkontinuitet.

I denna granskning har vi undersökt förekomsten av polyfarmaci avseende antal äldre med samtidig stående ordination av 2 – 3 av neuroleptika, antidepressiva medel eller lugnande medel/sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än tio och mer än 20 läkemedel.

- **Antal äldre som samtidigt använder 2-3 psykofarmaka**

Andelen äldre som samtidigt använder neuroleptika, lugnande medel, antidepressiva och/eller sömnmedel bör enligt expertis hållas så låg som möjligt eftersom det är en grupp läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Vid de tre kommunernas äldreboenden är det i genomsnitt 29 procent, nästan var tredje, av de äldre som samtidigt medicinerar med två till tre av dessa läkemedel. Genomsnittet för respektive kommuns äldreboenden är: Östersund 29, Strömsund 30 och Krokom 28 procent. I granskningen som gjordes i Norrbotten låg genomsnittet på 23 procent och i Västernorrland 21 procent.

Högsta andelen har ett äldreboende i Östersund med 55 procent av de äldre som samtidigt har två till tre av medlen. Lägsta andelen är, även det ett äldreboende i Östersund, där ingen av de gamla hade denna kombination. Det finns en reell risk för biverkningar eller interaktioner för de sammanlagt 285 äldre som samtidigt och kontinuerligt använder två till tre av dessa läkemedel.

9:22

- **Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel**

Det finns för denna indikator ett antal jämförelsemått som kan användas förhållandena till mätningar i Östersund, Strömsund och Krokom.

- Riksgenomsnittet hösten 2009 för äldre (80 år – inkl. äldre i ordinärt boende) var att 11,8 procent för kvinnor och 9,1 procent för män som använde mer än 10 läkemedel samtidigt.
- Länsgenomsnittet hösten 2009 för äldre (80 år – inkl. äldre i ordinärt boende) var 10,2 procent för kvinnor och 7,6 procent för män som använde mer än 10 läkemedel samtidigt.
- Östersund 13 procent, Strömsund 26 procent, Krokom 4 procent (äldre i särskilt boende).
- Motsvarande genomsnitt för kommunerna i Norrbotten och Västernorrland var 13 och 28 procent (äldre i särskilt boende).

Genomsnittet för de tre här granskade kommunerna var att 14 procent använde mer än 10 läkemedel samtidigt. Det är stora skillnader mellan de tre kommunerna, där Strömsund sticker ut och där mer än var fjärde äldre har mer än 10 läkemedel samtidigt. Sett över de tre kommunernas samtliga äldreboden varierar andelen mellan 0-60 procent. Vid flera äldreboenden är det ingen som har mer än 10 läkemedel.

Ingen av de äldre vid Krokoms särskilda boenden har mer än 20 läkemedel. Det är i 3 fall, ett i Strömsund och två i Östersund där personerna intar mer än 20 läkemedel samtidigt. Erfarenhetsmässigt är förklaringarna till sådana förhållanden att det avser multisjuka äldre. Vi har dock inte här undersökt de enskilda fallen närmare.

3.2.3. *Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat (ATC-kod M01)*

NSAID (Non-Steroid AntiInflammatory Drugs) är antiinflammatoriska smärtstillande medel. Läkemedlen bör enligt rekommendationer inte ges vid tillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra medel är lämpligare. Av terapiråd framgår bland annat att vid längre tids intag finns risk för bl a hjärtsvikt, njursvikt och allvarliga blödningar. Dosen bör hållas låg och behandlingstiden om möjligt kort. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Genomsnittet för de tre kommunerna är att 2 procent använder NSAID kontinuerligt. Mellan kommunerna finns det en mindre variation med Östersund på 2 procent, Strömsund 4 procent och Krokom på 1 procent. Genomsnittet för de fem norrbottenskommunerna var 3 procent och för de tre kommunerna i Västernorrland 5.

3.2.4. *Antal äldre med stående ordination av laxantia (ATC-kod A06A)*

Medicinering med laxantia dagligen under mer än tre veckor ses som en indikator för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Denna indikerar olämplig regim, dvs. att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös.

Genomsnittet för de tre undersökta kommunerna, avseende andelen som stående använder laxantia, är 53 procent. Resultatet för Östersund är 53 procent, Strömsund 77 procent och Krokom 27 procent. Mellan samtliga äldreboenden i granskningen finns en variation från 15 upp till 97 procent. Vid fem äldreboenden är det 75

procent eller mer av de äldre som kontinuerligt använder laxantia. Vid 20 äldreboenden är det 50 procent eller mer som har denna läkemedelsbehandling.

Användningen av laxantia kan ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. En god omvårdnad i sammanhanget kan bestå av att de äldre inte använder läkemedel som orsakar förstoppning, kosten läggs om (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuds mer fysisk aktivitet. Enligt uppgift är det inte säkerställt att laxantia förebygger förstoppning hos äldre patienter.

Om brister i t ex arbetsorganisationen och arbetsplatsrutiner tillåts styra användningen av laxantia kan det vara ett tecken på mindre god omvårdnad. Dessa förhållanden har dock inte undersökts inom ramen för denna granskning. Vid våra tidigare kontakter med äldreboendens sjuksköterskor i andra län framkommer att vissa äldreboenden har ambition att ersätta laxantia med olika kostalternativ t ex oljor, olika typer av gröt, vätska mm. Vårt intryck är att de äldreboenden som aktivt arbetar med att få ner andelen laxantia även når framgång med detta.

3.2.5. Bedömningar - läkemedelsanvändningen

14 procent av de äldre i de tre kommunernas särskilda boenden använder mer än tio läkemedel regelbundet. Enligt SoS bedömningsgrund är det för dessa 137 äldre fråga om en betydande polyfarmaci. Det är en något högre nivå jämfört med motsvarande andelen för genomsnittet i riket (11,8 kvinnor/9,1 män) och i länet (10,2 kvinnor/7,6 män) avseende alla personer som är 80 år och äldre.

För de äldre som har mer än tio läkemedel samtidigt och kontinuerligt är det en läkemedelsbehandling som är riskfylld med tanke på biverkningar och interaktioner som kan påverka dem på ett negativt sätt. Förekomsten av många läkemedel för enskilda äldre förutsätter därför att kontroll och uppföljning av förskrivna medel fungerar på ett betryggande sätt. Särskilt finns det anledning att man vid de 9 äldreboenden i de tre granskade kommunerna där 20-60 procent av de äldre har mer än tio medel, uppmärksammar detta.

Det är 11 procent av de äldre vid äldreboendena i de tre kommunerna som använder kontinuerligt neuroleptika. Krokom ligger lägst med 8 procent och Östersund och Strömsund har 13 respektive 9 procent. Enligt LMK har det skett mer än en halvering förskrivningen av neuroleptika i länet (2007- 2011 avs. personer över 65 år) vilket är positivt och som även kan antas omfatta äldre i särskilda boenden.

Det finns en variation avseende neuroleptikaförskrivningen mellan kommunernas äldreboenden på 0- 45 procent. Det är intressant att notera variationen, att det finns äldreboenden där neuroleptika inte förekommer samtidigt som andra enheter kan ha en stående användning på upptill 45 procent bland de äldre. Mot bakgrund av att inriktningen bör vara att så få som möjligt behandlas med denna typ av läkemedel pga. de betydande riskerna för allvarliga biverkningar är det motiverat med ökad löpande kontroll och uppföljning av de äldre särskilt vid de äldreboenden som ligger klart högre än de övriga med andelar från 25 procent och högre.

För lugnande medel/sömnmedel är andelen äldre som kontinuerligt använder dessa medel 40 procent för de granskade äldreboendena i de tre kommunerna. Detta får anses som en hög andel. Det finns i flera fall anledning för landstinget/läkarna ställa frågan om användningen av sömnmedel/lugnande medel ligger på en rimlig nivå. Sett över alla granskade äldreboenden ser vi även en stor variation i användningen av lugnande/sömnmedel från noll upp till hela 75 procent. Beror dessa skillnader på behandlingspraxis eller finns det faktiska behov hos de äldre som förklarar förhållandena?

9:24

Stående ordination av sömnmedel anses inte lämpligt för äldre. Socialstyrelsen har en klar syn på detta; löpande uppföljning bör ske månadsvis och tydliga rutiner för uppföljning av läkemedelsterapi med sömnmedel bör finnas. Vi har inte tagit del av journalanteckningar vid äldreboendena för att se om SoS riktlinjer följs i dessa avseenden. Vi ser det som motiverat att ansvariga tar initiativ till att närmare undersöka om t ex sömnmedelsbehandlingen omprövas löpande enligt rekommendationerna.

Andelen äldre som stående använder antidepressiva medel är i genomsnitt 48 procent för de tre kommunerna. Variationen mellan de olika äldreboendena ligger mellan 10-91 procent. Det går inte med säkerhet att avgöra om genomsnittet på 48 procent är en för hög eller låg andel. Det bör dock säkerställas att det för de flertalet äldre som stående använder antidepressiva medel sker en löpande utvärdering av medicineringen. Det bör i sammanhanget nämnas att antidepressiva medel tillhör en grupp läkemedel där LMK anser att användningen bör öka. Om det är en rimlig rekommendation för de här undersökta äldreboendena bör belysas ytterligare.

I genomsnitt för de tre kommunerna använder 29 procent, nästan var tredje av de äldre vid äldreboendena, samtidigt och kontinuerligt 2-3 medel av psykofarmaka (neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel eller antidepressiva medel). Här finns även en tydlig variation mellan äldreboendena på 0-55 procent av de äldre som har dessa läkemedelskombinationer. Denna form av polyfarmaci bör vara så låg som möjligt pga. risk för biverkningar och interaktioner. Därför finns det skäl till en kontinuerlig kontroll och uppföljning av denna grupp av äldre (21 procent/285 personer).

Det är positivt att endast 2 procent av de äldre använder antiinflammatoriska läkemedel (NSAID-preparat) kontinuerligt, vilket är helt i linje med SoSs rekommendation. Vid de flesta äldreboenden är det inga patienter som kontinuerligt använder NSAID.

Drygt hälften (53 procent) av alla vid äldreboendena i de tre kommunerna använder kontinuerligt laxantia. Vid 21 äldreboenden ligger andelen över 50 procent. Variationen mellan samtliga äldreboenden ligger på 15-97 procent. Som nämnts tidigare kan användningen av laxantia ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. Om det finns en målsättning och engagemang hos vårdpersonalen att utveckla arbetet med kost och omvårdnad för de äldre, som ett alternativ till laxantia kan denna medicinering reduceras. Det kan även ingå som mål i olika styrdokument i landstinget och i kommunerna med sikte på att förändra laxantiaanvändningen till förmån för andra behandlingsinsatser med mer omvårdnadsfokus. Läkarna vid äldreboenden bör bidra till att stödja en sådan utveckling.

Vi anser att det borde vara intressant att, ur såväl ett medicinskt och omvårdnadsperspektiv, undersöka vad de i många fall stora skillnaderna avseende läkemedelsförskrivningen mellan äldreboenden beror på. Sannolikt finns det flera förklaringar till detta. T ex i vissa fall har patientsammansättningen (t ex många demenda) betydelse eller att det finns olika kultur på äldreboendena och skillnader i personalens synsätt, t ex om fokus ligger på sjukvårdsinsatser eller mer på omvårdnadstänkande. Skillnader i behandlingspraxis mellan läkarna kan även ha betydelse för förskrivningen av läkemedel vid de särskilda boendena.

9:25

3.3. *Läkemedelsgenomgångar (LMG)*

Det är av stor vikt att det i vården och omsorgen om de äldre som har en stående medicinering ingår en årlig bedömning av läkare med översyn av läkemedelsbehandlingen, kontroll av tillståndet, ställningstagande till provtagning och fortsatta kontroller och eventuellt korrigering av medicineringen. Äldre som bor på särskilda boenden har lika stort behov av sådan årlig bedömning/LMG som t ex äldre i ordinärt boende. Det är med hänsyn till patientsäkerheten och de äldres välbefinnande i övrigt, viktigt att det regelbundet görs genomgångar av de enskilda läkemedelsbehandlingarna. Vid äldreboendena förs dessutom löpande en dialog, ofta på sjuksköterskans initiativ, med läkaren om patienternas läkemedel. För de äldre som har ApoDos görs en översyn av läkemedlen i samband med att ApoDos ska förnyas. Minskade kostnader för läkemedelsbehandlingen kan även uppnås genom LMG.

Vid LMG är tanken att går man systematiskt igenom vårdtagarnas läkemedel för att uppnå en bättre kvalitet i läkemedelsbehandlingen. Vid läkarens återkommande besök på äldreboendet kan tid sättas av för att grundligare gå igenom läkemedlen för t ex några av de äldre åt gången. En läkarrond kan inte anses tillräcklig för att benämnas LMG. I gällande Ädelavtal mellan landstinget och kommunerna som innehåller regler för läkarmedverkan vid äldreboendena är det fastställt att LMG ska göras årligen för de boende.

Jämtlands läns landsting och länets kommuner har gemensamt antagit en definition avseende vad som ska anses vara en LMG vid äldreboenden. Denna definition är framtagen via ett utvecklingsprojekt där flera olika preciseringar har fastställts. De som vi har intervjuat vid äldreboenden och hälsocentraler i många fall till vad en LMG ska innehålla. Gällande definition framgår av bilaga 3 och är en styrande riktlinje som ska tillämpas av verksamheterna.

På revisionens fråga om hur många av de äldre som får en årlig LMG vid äldreboendena i de tre kommunerna är det 90 procent av de äldre som uppges få en sådan. Vid äldreboendena i Östersund är det 94 procent, Strömsunds 100 procent och Krokom 64 procent som årligen uppges få en LMG, och alltid de med ApoDos.

I granskningarna i Norrbotten och Västernorrland var det 87 respektive 45 procent som fick en årlig läkemedelsgenomgång. Enligt rapporten *Öppna jämförelser 2011 Vård och omsorg om äldre* var det i landstingen sammantaget 66 procent av de som bor på äldreboenden som hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Definitionen av vad som är att betrakta som en LMG varierar mellan landstingen.

I granskningen i Jämtland anser vi det inte säkerställt att uppgifterna är helt korrekta när det gäller om man vid alla LMG tillämpar den fastställda definitionen på vad en LMG ska innehålla, en uppfattning som även finns inom LMK. Vid våra intervjuer i de tre kommunerna har vi noterat att i flera fall sätter personalen likhetstecken mellan en diskussion om den äldres läkemedelslista vid en läkarrond och LMG. Läkemedelsbehandling tas alltid upp vid läkarronderna då läkemedelslista gås igenom.

Den bild vi får från våra intervjuer med läkare är att man var mer aktiv för några år sedan avseende LMG men att det nu upplevs svårt att hinna med dessa. Det är sällan som apotekare/farmaceut deltar vid LMG. Uppfattningar är att en god läkarkontinuitet och ett bra och nära samarbete mellan läkaren och äldreboendets sjuksköterskor minskar behovet av apotekare. Vårt allmänna intryck är att läkarna vid hälsocentralerna inte ser särskilt stort värde med apotekarmedverkan vid LMG.

9: 26

I Östersund är det vanligt att läkarronden genomförs på hälsocentralen hos läkaren. Det innebär att sjuksköterskorna tar sig till hälsocentralen för sk sittronder. Detta pga. att läkaren då har tillgång till respektive patients VAS-journal, vilket denne inte har på äldreboendet. I Strömsund och Krokom är det vanligare att ronden sker vid äldreboendet. Läkarna gör även hembesök hos de äldre på boendena.

Det ska i sammanhanget nämnas att inom Jämtlands läns landstings primärvård används inget IT- baserat förskrivarstöd när det gäller läkemedelsbehandling av äldre.

Vårt intryck från intervjuerna är vidare att det vanligaste tillvägagångssättet är att läkaren och sjuksköterskorna vid äldreboendena genomför LMG. Det förekommer även att den äldres kontaktperson vid äldreboendet (undersköterska/vårdbiträde) deltar eller så har sjuksköterskan fört en dialog med dessa inför LMG. Det kan förekomma att även anhöriga deltar.

Äldreboendenas tillgång till läkare är av stor betydelse inte minst när det gäller läkemedelsförskrivningen. Läkarna är förskrivare av läkemedel och ska med sin kompetens ansvara för en så optimal läkemedelsbehandling som möjligt, t ex vid val av läkemedel, dosering, bedömning av risker för biverkningar och interaktioner samt uppföljning och omprövning av läkemedelsterapin. Det är inte ovanligt att flera läkare är involverade som läkemedelsförskrivare till de äldre. Det kan vara läkaren vid på äldreboendet, hälsocentralen och på sjukhuset. Tillgången till läkare och läkarkontinuiteten vid äldreboendena är viktig för en effektiv och säker läkemedelsbehandling av de äldre. Detta område behandlas mer nedan i avsnitt 3.4.

3.3.1. Bedömning – läkemedelsgenomgångar

Det är tillfredsställande att landstinget och kommunerna på ledningsnivå gemensamt har fastställt vad en läkemedelsgenomgång (LMG) ska innehålla. Enligt vår enkät genomförs LMG för 90 procent av de äldre vid särskilda boenden. Vår bedömning är att denna uppgift är osäker eftersom det inte är säkerställt att man vid alla LMG som genomförs vid äldreboendena praktiskt tillämpar den fastställda definitionen på vad en LMG ska innehålla. Vår bedömning grundar sig på våra intervjuer med läkare och vårdpersonalen där vi hört att i flera fall sätts likhetstecken mellan en vanlig läkarrond med dialog om de äldres läkemedel och en mer djupgående LMG. Intervjuerna med läkarna ger oss även ett intryck att aktiviteterna att genomföra LMG har minskat medan man var mer aktiv med detta för några år sedan.

Målet med LMG ska vara att man för alla äldre lever upp till definitionens krav även om det för de äldre som inte får en LMG görs någon form av regelbunden läkemedelsöversyn. Vi anser att för att äldreboendena ska klara av att leva upp till kraven för en LMG krävs att berörda läkare är positiva till och medverkar till att uppnå denna ambition. Här vilar ett ansvar på primärvårdens alla leverantörer och beställarfunktionen att ställa krav på läkarna att tillämpa rutinen.

Det är trots allt ett flertal äldre som får minst en LMG eller mindre omfattande läkemedelsöversyn varje år eller oftare. Ändå måste frågan ställas varför läkemedelsanvändningen i vissa avseenden är så omfattande och att läkemedel som kan orsaka betydande biverkningar och interaktioner i vissa fall ordineras i stor omfattning. En möjlig förklaring kan vara att det i många fall är samma läkare som ordinerat läkemedlen som är den som vid uppföljningar utvärderar och bedömer den sammantagna läkemedelterapin. Det kan också vara så att läkare inte vill ändra en ordination som gjorts av en annan läkare om det inte av dokumentationen (t ex journal)

9:27

framgår tydligt varför ett läkemedel har satts in. Det bör dock i sammanhanget beaktas att läkemedlen även kan vara förskrivna av andra läkare, t ex vid sjukhusen.

Det är inget krav enligt rutinen för LMG att apotekare ska medverka. Vårt intryck från intervjuerna med läkarna är att de inte ser några avgörande fördelar med att apotekare/farmaceut medverkar vid LMG. Vår uppfattning är dock att farmaceuter med sin specialkompetens kan se på läkemedelsförskrivningen med andra ögon än läkaren.

Vårt intryck är att det är vanligt att sjuksköterskorna från äldreboendena får åka till hälsocentralerna för att genomföra läkarronder. Orsaken till att flera personer ska förflytta sig istället för en (läkaren), är att läkaren på hälsocentralen direkt under ronden kan dokumentera patientuppgifter i VAS, vilket inte går att göra vid äldreboendena. Läkarna gör även hembesök hos patienterna vid äldreboendena. Vi frågar oss om det inte är effektivare att läkaren kommer till äldreboendena och om behov då uppstår att träffa någon av de äldre/patienterna, kan det lätt göras på plats.

3.4. Tillgång till läkare - avtal och läkarinsatser vid äldreboendena

Det är ur rättvisesynpunkt viktigt att de äldre har samma tillgång till läkare som andra åldersgrupper i samhället. Det gäller särskilt för äldre multisjuka att det finns tillgång till och god kontinuitet med en allmänläkare eller geriatrik som känner till den gamle väl och som har goda kunskaper om och ett fastlagt helhetsansvar för dennes medicinering. Inte minst i norrlandslänen är läkar-patientkontinuiteten ett stort problem vilket bland annat beror på läkarbrist och att landstingen därför måste anlita läkarstafetter vilket ofta medför bristande kontinuitet.

Läkarna är förskrivare av läkemedel och ska med sin kompetens ansvara för en så optimal läkemedelsbehandling som möjligt, t ex vid val av läkemedel, dosering, bedömning av risker för biverkningar och interaktioner samt uppföljning och omprövning av läkemedelsterapin.

Ett skriftligt avtal mellan landstinget och kommunen utgör en god grund för att reglera omfattningen och innehållet i läkarmedverkan vid äldreboendena. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet, att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget. Denna eventuella situation är preciserad i ovan nämnda Ädelavtal om läkarmedverkan vid kommunernas särskilda boenden.

Från våra intervjuer med MAS och sjuksköterskorna får vi intrycket av att de i stor utsträckning är nöjda med läkartillgången, det finns en läkare att träffa/ta kontakt med. Däremot är man inte lika nöjd med läkarkontinuiteten vid alla äldreboenden, det är alltför många olika läkare som är involverade vid vissa äldreboenden. Avseende läkarstödet har det framförts till oss att sjuksköterskor gärna ser att läkarna i större omfattning ifrågasätter och diskuterar sjuksköterskans förslag till t ex läkemedelsbehandling. Man ser en risk att sjuksköterskor som förbereder ronder och LMG ges för stort inflytande på bedömningar och rekommendationer avseende patientens behandling och läkarens åtgärder. Någon sjuksköterska menar att "man behöver bli mer ifrågasatta av läkaren så att det blir en dialog om för- och nackdelar med olika åtgärder".

9:28

Läkarna redovisar goda erfarenheter av team-/samarbete och stöd från äldreboendenas personal, främst sjuksköterskorna. Den kontinuitet som sjuksköterskorna vid äldreboendena representerar anses av läkarna som mycket viktig för såväl de äldre som för deras egen del, inte minst när det gäller information om patienternas tillstånd.

I Ädelavtalet anges en omfattning på läkarinsatserna för äldreboendena vilken ligger på som miniminivå 3,5 minuter per patient och vecka. Läkarens restid till äldreboendet ingår inte i denna tid. Förutom att läkarna regelbundet besöker äldreboendena kan sjuksköterskorna alltid få telefonkontakt med läkare för konsultation.

I läkartiden ingår nedanstående insatser;

- Planerade hembesök hos patienter
- Regelbundna möten/telefonmöten med ansvarig sjuksköterska för genomgång av läkemedelslistor, lab-svar mm
- Telefonkonsultationer dygnet runt
- Delta i aktuella vårdplaneringar där läkares kompetens bedöms nödvändig
- Råd och stöd till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal avseende enskilda patienter
- Planerade läkemedelsgenomgångar i samverkan med kommunen

De intervjuade läkarna anser att 3,5 min per patient och vecka får ses som en inriktning. I praktiken blir det mer eller ibland mindre tid. Ingen av de läkare vi talat med har haft synpunkter på att tiden inte räcker till, däremot uttalar flera sjuksköterskor att det är alltför knappt med läkartid.

3.4.1. Bedömning – läkartillgång vid äldreboendena

Om patient- läkarkontinuitet är god vid äldreboendena är det en bra förutsättning för en säker läkemedelsbehandling för de äldre där uppföljningar och kontroller av läkemedelsförskrivningen sker på ett tillförlitligt sätt. Det är tillfredsställande att det finns en gemensam överenskommelse via ädelavtalen som säkerställer och utgör princip för läkarmedverkan vid äldreboenden.

Vid de äldreboenden som vi besökt och där vi intervjuat MAS och sjuksköterskor är vårt intryck att det finns en tillräckligt god tillgång till läkare vid äldreboendena. Dessa får, enligt våra intervjuer, den läkartid som är överenskommen. Det är även vårt intryck från intervjuerna med sjuksköterskorna att läkarkontinuiteten i flera fall inte anses tillräcklig. Uppfattningen är att det är för många läkare som stödjer äldreboendet.

Vi vill även uppmärksamma på de synpunkter som sjuksköterskorna framför om att de ser det som en risk att deras förslag till läkemedelsbehandling vid t ex ronder ofta inte blir föremål för en kritisk, analytisk och professionell dialog med läkarna utan alltför lätt accepteras av dessa. Därmed läggs ett alltför stort ansvar på sjuksköteskorna, enligt deras uppfattning.

9:29

3.5. *Avvikelserapportering - läkemedel*

Avvikelserapportering ska göras inom hälso- och sjukvården om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning har skadats eller utsatts för risk att skadas. Rapporteringen ska användas som grund för värdering av orsaker till att fel begås och främst till att förbättra verksamheten så att misstagen inte upprepas. Chefer och medarbetare ska föra en dialog om hur incidenter i framtiden ska kunna undvikas. Vissa avvikelser rapporteras till Socialstyrelsen, t ex Lex Maria-ärenden. Avvikelsehanteringen ska ses som verksamhetens egen kvalitetssäkring.

Det är känt att ju fler läkemedel de äldre tar och ju fler gånger det sker per dag, desto större blir risken att misstag begås t ex att läkemedlet doseras fel eller ges på fel sätt. Andra faktiska exempel på avvikelser är att personalen glömt ge den äldre dennes läkemedel helt/delvis/vid utsatt tid eller att en person har fått fel läkemedel, t ex någon annans. I Ädelavtalet om läkarmedverkan vid äldreboendena regleras hur avvikelserapporter ska kommuniceras mellan landstinget och kommunen.

Rutinen i kommunerna är att MAS:arna följer löpande upp de rapporterade avvikelserna från äldreboendena och sammanställer och redovisar statistiken till socialnämnden. En avvikelserapport innehåller uppgifter om enhet, boende, namn, datum, tid och händelsebeskrivning. Avvikelserapporterna som görs av den/de som varit med om händelsen och tas om hand av omvårdnadsansvarig sjuksköterska eller arbetsledare som noterar åtgärd. Sedan kan avvikelserapporten tas upp på vårdlags-/arbetsplatsträffar för att med dessa som underlag förbättra rutinerna vad gäller läkemedelshanteringen.

I nedanstående tabell redovisas antalet rapporterade avvikelser från de tre kommunerna de tre senaste åren.

Tabell 2: Antal läkemedelsavvikelser – rapporterade från kommunens särskilda boenden

Kommun	2009	2010	2011	Antal avvikelser per boendeplats 2011	Antal boendeplatser
Krokom	Uppg. saknas	195	228	1,4	168
Östersund	357	341	375	0,5	656
Strömsund	94	113	165	0,9	187

2009 hade man i Krokom registreringsproblem, enligt MAS, avseende avvikelser och därför finns ingen statstik att redovisa från detta år.

Som en jämförelse kan nämnas från vid en motsvarande mätning i Västernorrland, att Ånge hade 0,3 avvikelser per boendeplats, Kramfors 0,9 och Örnsköldsvik 0,3.

Nyckeltalet, antalet avvikelser per boendeplats, ger en fingervisning om hur kommunen ligger till i förhållande till de övriga kommunerna i granskningen. Tabellen visar att för Krokoms del ligger antalet rapporterade läkemedelsavvikelser på en

9:30

jämförelsevis hög nivå. Krokom sticker här ut medan det inte är så stor skillnad mellan Östersund och Strömsund.

Enligt intervjuerna med sjuksköterskor och MAS:ar finns uppfattningar att avvikelserapporteringen varierar mellan äldreboendena och sker i både tillräcklig och i för liten omfattning. Avvikelserna kan handla om olika förhållanden. Enligt MAS:arnas rapportering är det främst utebliven dos som ligger bakom avvikelserapporterna. Sedan följer orsakerna; att läkemedlen getts vid fel tidpunkt eller att det getts dubbel dos. Personal kan t ex ha blivit störd av någon händelse och därefter glömt att ge medicinen. Det kan även inträffa att den äldre vägrat att inta ett läkemedel. Det uppges att det inte alltid finns en orsak angiven till varför personal glömt att ge en medicin. I de flesta fall beror avvikelser, enligt vår erfarenhet, på att fastställda rutiner inte följs.

Från våra intervjuer med ansvarig för primärvårdens avvikelsestatistik och läkarna vid hälsocentralerna får vi en tydlig bild av att det sker mycket få, om ens några, avvikelserapporter som upprättas av läkarna med en koppling till läkemedelsterapierna vid äldreboendena. Det är ingen läkare, som vi intervjuat, som kan erinra sig att han/hon rapporterat en sådan avvikelse.

Landstinget har styrdokumentet *Rutiner för handläggning av avvikelser och anmälningsärenden för hälso- och sjukvården samt tandvården inom Jämtlands läns landsting*. Från Centrum Primärvård har vi efterfrågat statistik som eventuellt kan visa på antalet rapporterade avvikelser från läkarna med koppling till läkemedelsbehandling vid kommunernas äldreboenden (exklusive de som avvikelserapporter som kommunen ansvarar för och som dess personal ska rapportera). Landstingets avvikelser har fram till sista kvartalet 2010 hanterats i systemet *Vajsing* och därefter i systemet *Centuri*. Enligt uppgift kan man inte från systemen söka ut och redovisa landstingets/läkarnas avvikelser avseende läkemedelsbehandling vid äldreboenden. Därför finns inga uppgifter för oss att redovisa här.

3.5.1. Bedömning – avvikelserapportering avseende läkemedel

I landstinget styrs avvikelserapporteringen av en dokumenterad rutinbeskrivning. Avvikelser inom primärvården ska rapporteras, bedömas och åtgärdas. Det går inte, enligt uppgifter till oss, att ur informationssystemen (Vajsing eller Centuri) särredovisa vilka avvikelser som eventuellt avser händelser avseende läkemedelsbehandling vid äldreboenden som det är primärvårdens ansvar att rapportera. Mot bakgrund av detta och våra intervjuer med läkarna vid hälsocentralerna och äldreboendenas sjuksköterskor bedömer vi att tillämpningen och befintlig statistik inte är tillförlitlig när det gäller primärvårdens avvikelserapportering vid kommunernas äldreboenden.

Det är inte möjligt att bedöma primärvårdens avvikelserapportering avseende läkemedelsanvändningen vid äldreboendena. Landstinget bör därför överväga om avvikelsestatistiken behöver struktureras så att primärvården kan redovisa och analysera sina avvikelser som har en koppling till läkemedelsbehandlingen vid kommunernas äldreboenden.

9:31

3.6. Kompetensutveckling

Även om området kompetensutveckling inte ingår i vårt uppdrag att redovisa vill vi lyfta fram ett antal förhållanden som kan beaktas i sammanhanget.

Äldreboendepersonalens kunskaper tillsammans med läkarna om äldre och läkemedel är en kvalitetsfaktor med stor betydelse i sammanhanget. Patientsäkerheten ökar desto mer kunskap om äldres läkemedelsbehandling personalen har, det gäller inte minst undersköterskor och vårdbiträden. SBUs har gjort utvärderingar som visar att det finns en koppling mellan utbildningsinsatser till personalen och minskad förskrivning av olika läkemedel som t ex kan innebära en risk för problem hos de äldre.

I Ädelavtalet om läkarmedverkan vid äldreboendena finns bland annat ett avsnitt om fortbildningsinsatser som bör lyftas fram. Här framgår bland annat att kommunens personal kostnadsfritt ska inbjudas att delta vid de för sjuksköterskor/ distriktssköterskor återkommande fortbildningsdagarna. Enligt avtalet står primärvårdens läkare och/eller annan specialistkompetens till förfogande för fortbildning av den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vi har från intervjuerna förstått att kommunens sjuksköterskor deltar vid arrangemang som primärvårdsdagar eller regional läkemedelsstämma som varje år anordnas via LMK. Här deltar även landstingets personal. LMK har hållit utbildningar om "den gemensamma läkemedelslistan" där ca hälften av hälsocentralerna deltog. Via stimulansmedel har det även hållits läkemedelsutbildning för undersköterskor och vårdbiträden. Läkemedelskommittén är aktiv och anordnar utbildningar som både landstingets och kommunens sjuksköterskor deltar vid.

Sjuksköterskorna informerar vid vårdlagsträffar övrig personal om läkemedelsfrågor men här finns uppfattningar att detta har prioriterats ner pga. tidsbrist. Uppfattningen bland sjuksköterskorna och berörda läkare är att det finns ett klart behov av kompetensutveckling bland vårdpersonalen avseende äldre och läkemedelsanvändning. Ett problem är, enligt uppgift, att ta sig tid för detta och dessutom upplevs det problem med att få vikarier till äldreboendet medans personalen genomgår utbildning.

Även om flera av de intervjuade uppger att det har förbättrats kan det fortfarande förekomma uppfattningar bland äldreboendenas personal om att problem kring de äldre kan lösas med ytterligare läkemedel. Enligt de läkare och sjuksköterskor vi intervjuat är det ett förekommande problem att vårdpersonalen "trycker på" om insättning av fler läkemedel. Man är dock alltmer uppmärksam på att de äldres problem/beteende kan vara en följd av t ex något nyinsatt läkemedel eller att den gamle har för många läkemedel. Någon läkare uttrycker att "sjuksköterskorna har oftast bra kunskaper om läkemedel men gruppen undersköterskors och vårdbiträdens kunskaper om läkemedel behöver öka".

Läkarna lyfter, vid våra intervjuer, fram att de är mycket beroende av information om patienterna från äldreboendepersonalen som en del i underlagen för sina beslut om läkemedelsbehandling. T ex behöver man lyssna av vårdpersonalen hur de äldre svarar och reagerar på en in- eller utsättning av ett läkemedel. Äldreboendepersonalen har med andra ord en viktig roll vid uppföljning av läkemedelsbehandlingar.

9:32

3.6.1. Bedömning – kompetensutveckling

Vår uppfattning är att satsningar på kompetensutveckling inom området äldre och läkemedel riktat till sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden vid äldreboendena kan vara en effektiv åtgärd i arbetet med att öka patientsäkerheten. Läkarna har i många fall en god kunskapsgrund när det gäller läkemedelsbehandling av äldre men även läkarna behöver få vidareutbildning inom området. SoS har i sin rapport *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande* bland annat fört fram behov av en utveckling av vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi[5] för specialistläkare inom allmänmedicin. Från våra intervjuer kan vi konstatera att det finns en samstämmig uppfattning att utbildning av personalen i läkemedelsfrågor är både en nödvändig och effektiv åtgärd som kan bidra till att uppnå en optimal läkemedelsförskrivning vid äldreboenden.

Ett syfte med vidareutbildning kan vara att öka förståelsen och insikten om att läkemedel inte alltid är lösningen på de äldres olika problem. Det behövs ibland ett restriktivare synsätt till insättning av läkemedel och mer diskussion om hur omvårdnadsinsatser kan vara ett alternativ till fler läkemedel. Dessutom kan en mer kunnig vårdpersonal ge mer stöd och relevant information till läkare och sjuksköterskor vid deras bedömningar och åtgärder.

Vidareutbildning av äldreboendenas personal är främst kommunens ansvar. Det är dock inom landstinget och apoteken som den främsta kompetensen inom området finns. Landstingets ansvarar för läkarstödet vid äldreboendena och det är tillfredsställande att handledning och kompetensutveckling ingår i ädelavtalen om läkarstöd vid särskilda boenden. Vårt intryck är att LMK är aktiv och engagerad i utbildningsfrågor och kan med sin kompetens bidra med sina kunskaper och erfarenheter i detta sammanhang.

2012-03-27

Jan-Erik Wuolo
Projektledare

Anneth Nyqvist
Uppdragsledare

[5] Gerontologi är läran om den friska ålderdomen, den medicinska specialitet som behandlar hälsa hos gamla människor. Ej att förväxlas med geriatrik som behandlar åldersrelaterade sjukdomar.

9:33

Bilaga 1

Beskrivning av de läkemedelsgrupper som ingår i granskningen

Neuroleptika: Äldre är ofta ytterligt biverkningskänsliga. Bör används endast vid psykotiska tillstånd. Bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Stark koppling finns till biverkningar som förvirring, kognitiva (intellektuella) störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Medlen kan förvärra de symptom som följer med demenssjukdom. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Lugnande medel: Beroendeframkallande medel, t ex bensodiazepiner som bör undvikas om inte särskilda skäl finns. Äldre är biverkningskänsliga. Risk för dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar, muskelsvaghet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Sömnmedel: Olämpligt till äldre mer än en månad utan omprövning. Risk för biverkningar t ex fallolyckor. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Antidepressiva: Förekommer att antidepressiva läkemedel används utan grund och att äldre står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Vanliga biverkningar är illamående, huvudvärk och yrsel. Andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt.

NSAID: (Non-Steroid AntiInflammatory Drugs)Antiinflammatoriska smärtstillande medel. Förskrivning till äldre kan ses vid smärttillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra preparat är lämpligare. Olämpligt att intas dagligen under mer än 2 – 3 veckor. Risk för bla magtarmblödningar, magsår, nedsatt njurfunktion, hjärtsvikt, kognitiva störningar, sömnproblem mm. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

Laxantia/laxermedel. En hög användning av laxantia indikerar olämplig regim, dvs att läkemedel ordineras på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös. Hög användning kan ifrågasättas eftersom det kan vara ett tecken på att kostfrågor och omvårdnadsaspekter behöver lyftas fram mer som ett alternativ till läkemedelbehandling.

Polyfarmaci: Samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp eller inom/mellan läkemedelsgrupper, t ex samtidig användning av två eller flera psykofarmaka (se ovanstående fyra typer).

Ökad risk för interaktioner och biverkningar. Effekten av läkemedelsbehandlingen blir svår att förutsäga och utvärdera. Socialstyrelsen anger att mer än tio läkemedel är polyfarmaci och en ökad risk för biverkningar och interaktioner. I SKLs *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* anses även mer än tio läkemedel innebära "avsevärd/extrem polyfarmaci". (Korta kurer och vid-behovs-läkemedel inkluderat).

Olämpliga preparat: Läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre bör endast användas om särskilda skäl finns. Det ska finnas en välgrundad indikation för att använda denna typ av medel.

Bilaga 2

Östersund	Boende 1		Boende 2		Boende 3		Boende 4		Boende 5		Boende 6		Boende 7		Boende 8		Totalt Samtliga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	34		22		68		35		19		19		11		18		656	
Antal äldre med i studien	34	100	19	86	68	100	35	100	19	100	19	100	11	100	16		634	97
Högrisk läkemedelsgrupper																		
Antal med neuroleptika	5	15	1	5	0	0	1	3	1	5	4	21	0	0	2	13	82	13
Antal med antidepressiva	22	65	9	47	29	42	24	69	7	37	7	37	10	91	9	56	302	48
Antal med lugnande och	16	47	2	10	21	30	17	49	6	32	13	68	5	45	2	13	269	42
sömnmedel																		
Polyfarmaci																		
Antal med 2-3 av ovan	11	32	0	0	15	22	15	43	1	5	8	42	6	55	2	13	183	29
Antal med mer än 10 medel	3	9	2	10	2	3	8	23	2	10	2	11	0	0	1	6	83	13
Antal med mer än 20 medel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			2	0
Olämpliga läkemedel																		
Antal med NSAID	2	6	0	0	0	0	2	6	1	5	0	0	0	0	0	0	15	2
Ev. bristande rutiner																		
Antal med laxantia	28	82	12	63	31	46	19	54	11	57	14	74	2	18	8	50	337	53
Uppföljning																		
Antal som får årlig	34	100	19	100	54	80	35	100	19	100	0	0	11	100	14	87	594	94
läkemedelsgenomgång																		

9:34

Östersund	Boende 9		Boende 10		Boende 11		Boende 12		Boende 13		Boende 14		Boende 15		Boende 16		Totalt Samtliga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	27		35		40		20		22		13		9		9		656	
Antal äldre med i studien	27	100	34	97	39	98	20	100	22	100	11	85	4	44	9	100	634	97
Hög risk beredningar																		
Antal med neuroleptika	7	26	7	21	4	10	0	0	5	23	0	0	1	25	0	0	82	13
Antal med antidepressiva	14	52	18	53	15	38	8	40	7	32	3	27	1	25	5	56	302	48
Antal med lugnande och sömnmedel	13	48	22	65	19	49	4	20	10	45	4	36	3	75	4	44	269	42
Polyfarmaci																		
Antal med 2-3 av ovan	11	41	17	50	11	28	1	5	4	18	3	27	1	25	3	33	183	29
Antal med mer än 10 medel	2	7	9	26	2	5	4	20	0	0	0	0	1	25	1	11	83	13
Antal med mer än 20 medel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Olämpliga läkemedel																		
Antal med NSAID	0	0	0	0	3	8	0	0	0	0	1	9	0	0	0	0	15	2
Ev. bristande rutiner																		
Antal med laxantia	11	41	6	18	38	97	11	55	10	45	6	55	4	44	5	56	337	53
Uppföljning																		
Antal som får årlig läkemedelsgenomgång	27	100	34	100	39	100	20	100	22	100	11	100	0	0	9	100	594	94

9.39

Östersund	Boende 17		Boende 18		Boende 19		Boende 20		Boende 21		Boende 22		Boende 23		Boende 24		Boende 25		Totalt Samtliga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	38		27		22		16		18		27		20		24		63		656	
Antal äldre med i studien	38	100	27	100	21	95	15	94	18	100	22	81	20	100	23	96	63	100	634	97
Högrisk läkemedel																				
Antal med neuroleptika	6	16	2	7	4	19	1	7	5	28	10	45	1	5	2	8	13	21	82	13
Antal med antidepressiva	16	42	17	63	11	52	5	33	8	44	15	68	9	45	14	60	19	30	302	48
Antal med lugnande och sömnmedel	17	45	6	22	7	33	3	20	8	44	10	45	10	50	8	35	39	62	269	42
Polyfarmaci																				
Antal med 2-3 av ovan	14	37	7	26	7	33	2	13	4	22	10	45	0	0	8	35	22	35	183	29
Antal med mer än 10 medel	5	13	4	15	1	5	0	0	1	6	11	50	2	10	4	17	16	25	83	12
Antal med mer än 20 medel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	0	0	0	0	2	0
Olämpliga läkemedel																				
Antal med NSAID	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	2	9	0	0	1	4	2	3	15	2
Ev. bristtande nytteeff																				
Antal med laxantia	17	45	21	78	11	52	9	60	6	33	12	54	3	15	11	48	31	49	337	53
Uppföljning																				
Antal som får årlig läkemedelsgenomgång	38	100	27	100	21	100	16	100	18	100	22	100	18	90	23	100	63	100	594	94

9:36

Strömsund	Boende 1		Boende 2		Boende 3		Boende 4		Boende 5		Boende 6		Boende 7		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	15		33		30		10		35		19		45		187	
Antal äldre med i studien	15	100	33	100	29	97	10	100	34	97	18	95	45	100	184	98
Hög risk blodtrycksmedel																
Antal med neuroleptika	0	0	3	9	2	7	1	10	6	18	3	16	2	4	17	9
Antal med antidepressiva	11	73	20	60	19	66	1	10	17	50	8	44	22	49	98	53
Antal med lugnande och sömnmedel	8	53	22	66	4	14	3	30	11	32	4	22	18	40	70	38
Polyfarmaci																
Antal med 2-3 av ovan	6	40	12	36	8	28	2	20	9	26	4	22	15	33	56	30
Antal med mer än 10 medel	2	13	20	60	10	34	2	20	2	6	4	22	8	18	48	26
Antal med mer än 20 medel	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Olämpliga läkemedel																
Antal med NSAID	1	6	2	6	1	3	2	20	1	3	0	0	0	0	7	4
Ev. bristande rutiner																
Antal med laxantia	9	60	27	82	25	86	6	60	31	91	10	56	34	75	142	77
Uppföljning																
Antal som får årlig läkemedelsgenomgång	15	100	33	100	29	100	10	100	34	100	18	100	45	100	184	100

9.32

Krokom	Boende 1		Boende 2		Boende 3		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	75		48		45		168	
Antal äldre med i studien	75	100	48	100	42	93	165	98
Hög risk biverkningar								
Antal med neuroleptika	9	12	3	6	2	5	14	8
Antal med antidepressiva	46	61	18	37	12	29	76	46
Antal med lugnande och sömnmedel	22	29	16	33	12	29	50	30
Polyfarmaci								
Antal med 2-3 av ovan	29	39	11	23	6	14	46	28
Antal med mer än 10 medel	1	1	4	8	1	2	6	4
Antal med mer än 20 medel	0	0	0	0	0	0	0	0
Olämpliga läkemedel								
Antal med NSAID	0	0	1	2	1	2	2	1
Ev. brister i rutiner								
Antal med laxantia	30	40	8	17	7	17	45	27
Uppföljning								
Antal som får årlig läkemedelsgenomgång	37	49	26	54	42	100	105	64

Bilaga 3

Definition av Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsbehandling hos äldre i öppenvård i Jämtlands län - Riktlinjer för vårdens struktur och rutiner för samverkan mellan landsting och kommun (Projektgruppen för säker läkemedelhantering i vårdens övergångar)

Strukturerad uppföljning med användande av validerat symtomskattningsformulär bör användas årligen och oftare vid behov. Möjlighet att anlita apotekare för deltagande i läkemedelsgenomgång ska finnas. Det underlättar en mer genomgripande bedömning av patienternas läkemedelsbehandling och blir ett bra fortbildningstillfälle för all personal. Särskilt i situationer av läkarbrist eller dålig läkarkontinuitet kan apotekarmedverkan vara lämplig.

Sjuksköterska ska inför årlig förlängning av recept/dosrecept för långvarig behandling eller vid de tillfällen det finns behov av genomgång av ordinerade läkemedel, exempelvis vid fallriskbedömning, förbereda med:

- Tillsammans med patient och/eller närstående fylla i symtomskattningsformulär (Phase-20)
- Efter samråd med läkaren ta prover
- Göra en sammanställning av patientens aktuella läkemedelsanvändning

Efter genomförd läkemedelsgenomgång:

- Dokumentera symtomskattningen och gjorda förändringar i läkemedelsordinationer i omvårdnadsjournal
- Bevaka och genomföra beslutade uppföljningar

Läkare ska vid genomgången:

- Utifrån symtomskattningsformulär och provsvar göra lämpliga förändringar och förlänga ordinationer i samråd med patient och/eller närstående samt vårdpersonalen.
- Dokumentera orsaken till förändringar, lämpligen i läkemedelsnotat i LM i VAS och vid behov även i journaltext i VAS.
- Besluta om lämplig uppföljning.

Jämtlands Läns Landsting

10:1

Ledningsstab ekonomi
Lena Larsson
Tfn: 063-14 76 3614 77 28
E-post: helge.jonsson@jll.se

2012-05-03

Dnr LS/1995/2011

Landstingets revisorer

Svar på landstingets revisorers granskning av upphandlingsverksamheten

Landstingets revisorer har granskat upphandlingsverksamheten och uppmärksammat några förbättringsområden. Landstingsstyrelsen lämnar med anledning av det nedanstående synpunkter och redovisar de åtgärder som planeras med anledning av revisionens synpunkter och förslag. Revisionens synpunkter skrivs i punktform med efterföljande kommentarer om vad verksamheten planerar.

- Upphandlingsenhetens uppdrag och ansvar behöver förtydligas för att säkerställa en effektivitet i upphandlingar, att upphandlingar görs med rätt upphandlingsform samt för att säkerställa handläggningen av avtal.

  I granskningen har framkommit, från upphandlingsverksamheten men även från cheferna i verksamheterna som besvarat enkäten, att gränsdragningen mellan upphandlingsenheten och verksamheterna som bistås med upphandling är otydlig. Otydligheten har enligt de intervjuade skapat vissa svårigheter, främst när det gäller prioriteringar mellan olika upphandlingsuppdrag samt vem som har ansvaret för bevakning och uppföljning av avtal.

I samband med införandet av nytt Inköpskontor och en förbättrad inköpsprocess under 2012 kommer arbetet med att tydliggöra upphandlarens roll beträffande uppdrag och avgränsningar att genomarbetas. I det arbetet kommer även prioriteringar mellan olika upphandlingsuppdrag att lyftas och rutin för detta att skapas.

- Uppföljning av upphandlingsverksamheten behöver förbättras, inte minst när det gäller uppföljning av avtal inför förlängning eller ny upphandling. I det sammanhanget konstaterar vi att det saknas rutiner för att samla in synpunkter/erfarenheter på gällande avtal.

  Enligt uppgift genomförs fyra kvalitetsdagar per år då enheten avsätter tid för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten. Av intervjuer framkom dock att det finns en medvetenhet om att uppföljningen av upphandlingsverksamheten behöver utvecklas och bli mer systematisk.

I samband med införandet av Inköpskontoret tillsattes en tjänst som materialkonsulent. Konsulentens arbete är bl.a. att arbeta ute i verksamheten både inför och efter genomförd upphandling. Det kommer att skapa förutsättningar för enheterna att lämna synpunkter på upphandlat material. Det kommer även att finnas möjlighet att via avvikelserapporteringen på ett enkelt sätt lämna synpunkter. Detta avser produkter av förbrukningskaraktär.

Upphandlingsprocessen ses för närvarande över och fokus kommer i större utsträckning att läggas på förberedelse inför kommande upphandling vilket också innebär uppföljning av innevarande avtal. För avtal där det finns en tydlig uppdragsgivare sker uppföljningen av den verksamheten under avtalsperioden. Resultatet av uppföljningen ses över i samband med förlängning eller ny upphandling. Rutiner för detta finns idag men kommer att förbättras och kommer även att dokumenteras skriftligt.

- Information till verksamheterna om regler och rutiner för upphandling bör förbättras. En stor del (43%) av cheferna som besvarade enkäten har uppgett att det är vissa svårigheter med att hitta gällande avtal. Det råder osäkerhet hos cheferna om upphandlingsenhetens roll och uppdrag exempelvis för handläggning av avtal samt när upphandlingsenheten ska hjälpa till vid direktupphandling, övriga upphandlingar och avtalsuppföljning.

Upphandlingsenheten planerar att ta fram en informationsplan för att nå ut till så många som möjligt ute i verksamheterna och informera om regler och riktlinjer för offentlig upphandling samt enhetens arbete. Informationen kommer också att tydliggöra enhetens roll, utifrån delegationsordningen, i samband med upphandling och avtal.
Under våren 2012 uppgraderar vi vårt upphandlingssystem och arbetar samtidigt med att göra vår avtalskatalog på Insidan mera informativ och lättanvänd för att på så sätt underlätta att hitta gällande avtal. Samtliga avtal som upphandlingsenheten arbetar fram skall återfinnas i avtalskatalogen.

- Det behövs en rutin för prövning av om det kan finnas omständigheter som kan rubba oberoendet för de nyckelpersoner som är involverade i upphandlingsärendet. Detta för att minska risken för att det uppstår tveksamheter kring upphandlingsförfarandet. Det bör även finnas en rutin för att informera de som är involverade i upphandlingsprocessen om gällande förhållningsregler och om skyldigheten att självmant anmäla jäv.

Dokument angående jäv, mutor och sekretess i samband med upphandling är framtaget och gäller såväl ansvarig upphandlare som de övriga nyckelpersoner som på något sätt är involverade i upphandlingsärendet. En rutin för detta är under framtagande.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

10:3

Jämtlands Läns Landsting

Missiv

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

2011-12-12

Dnr REV/14/2011

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -12- 14
Dnr LS/ ...../20.....

Landstingsstyrelsen

Granskning av Upphandlingsverksamheten

Revisionskontoret har på vårt uppdrag granskat Upphandlingsverksamheten. Den övergripande revisionsfrågan i granskningen har varit att undersöka om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten.

Granskningen har omfattat dokumentanalyser, intervjuer med dåvarande chefen för upphandlingsenheten, tf chef för upphandlingsenheten samt avtalscontroller. En enkät har skickats till landstingets chefer, sammanlagt 150 personer, med en svarsfrekvens på 79 procent.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Inledningsvis vill vi ge, berörda inom upphandlingsenheten, en eloge för deras positiva mottagandet av granskningen. Den sammanfattande bedömningen av iakttagelserna visar att det finns en medvetenhet om behovet av förbättringsarbete. Bland annat har inrättandet av ett inköpskontor beslutats samt att det pågår ett arbete för att förbättra landstingets inköpsprocess inklusive upphandlingsverksamheten.

Med hänsyn tagen till nämnda förhållande vill vi dock uppmärksamma på följande förbättringsområden:

- Upphandlingsenhetens uppdrag och ansvar behöver förtydligas för att säkerställa en effektivitet i upphandlingar, att upphandlingar görs med rätt upphandlingsform samt för att säkerställa handläggningen av avtal.
  I granskningen har framkommit, från upphandlingsverksamheten men även från cheferna i verksamheterna som besvarat enkäten, att gränsdragningen mellan upphandlingsenheten och verksamheterna som bistås med upphandling är otydlig. Otydligheten har enligt de intervjuade skapat vissa svårigheter, främst när det gäller prioriteringar mellan olika upphandlingsuppdrag samt vem som har ansvaret för bevakning och uppföljning av avtal.
- Uppföljning av upphandlingsverksamheten behöver förbättras, inte minst när det gäller uppföljning av avtal inför förlängning eller ny upphandling. I det sammanhanget konstaterar vi att det saknas rutiner för att samla in synpunkter/erfarenheter på gällande avtal.
  Enligt uppgift genomförs fyra kvalitetsdagar per år då enheten avsätter tid för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten. Av intervjuer framkom dock att det

finns en medvetenhet om att uppföljningen av upphandlingsverksamheten behöver utvecklas och bli mer systematisk.

- Information till verksamheterna om regler och rutiner för upphandling bör förbättras. En stor del (43%) av cheferna som besvarade enkäten har uppgett att det är vissa svårigheter med att hitta gällande avtal. Det råder osäkerhet hos cheferna om upphandlingsenhetens roll och uppdrag exempelvis för handläggning av avtal samt när upphandlingsenheten ska hjälpa till vid direktupphandling, övriga upphandlingar och avtalsuppföljning.
- Det behövs en rutin för prövning av om det kan finnas omständigheter som kan rubba oberoendet för de nyckelpersoner som är involverade i upphandlingsärendet. Detta för att minska risken för att det uppstår tveksamheter kring upphandlingsförfarandet. Det bör även finnas en rutin för att informera de som är involverade i upphandlingsprocessen om gällande förhållningsregler och om skyldigheten att självmant anmäla jäv.

Vi emotser senast den 1 februari 2012 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av Upphandlingsverksamheten

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Samtliga VO chefer
Chefen för ledningsstab ekonomi
Chefen för upphandlingsenheten

10:5

Jämtlands Läns Landsting

Granskning av Upphandlingsverksamheten

Yrkesrevisor: Mattias Holmetun

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 SAMMANFATTNING 3

2 INLEDNING, SYFTE, REVISIONFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING 4

3 REVISIONSKRITERIER 4

4 METOD 5

5 RESULTAT 5

5.1 Är upphandlingsverksamheten organiserad och dimensionerad för att ge en kostnadseffektivitet i upphandlingsverksamheten? 5

5.1.1 Upphandlingsverksamhetens organisation och kompetens 5

5.1.2 Cheferna är relativt nöjda men har svårt att hitta gällande avtal 6

5.1.3 Landstingsplanen 6

5.1.4 Upphandlingsenhetens verksamhetsplan 6

5.1.5 Avgränsning av enhetens uppdrag och upphandlarnas roll 7

5.1.6 Avtalsuppföljning och synpunkter på gällande avtal 8

5.1.7 Bedömning 8

5.2 Bedrivs upphandlingsverksamheten på ett sådant sätt att det finns kontroll över att upphandling av varor och tjänster sker med de upphandlingsformer som ger en tillräcklig konkurrens? 9

5.2.1 Stöd vid val av upphandlingsform 9

5.2.2 Inventering för en samordnad upphandling 10

5.2.3 Bedömning 10

5.3 Sker upphandling utifrån förfrågningsunderlag som säkerställer att miljökrav, sociala krav m.m. är tillgodosedda? 10

5.3.1 Sociala krav och miljökrav 10

5.3.2 Uppdrag till upphandlingsenheten 11

5.3.3 Referensgrupper 11

5.3.4 Bedömning 12

5.4 Görs uppföljningar av upphandlingsverksamheten? 12

5.4.1 Bedömning 12

5.5 Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att minska risker för korruption? 13

5.5.1 Styrdokument om farliga förmåner och jäv 13

5.5.2 Uppdelning av funktioner 14

5.5.3 Uppföljning av den interna kontrollen 14

5.5.4 Bedömning 14

6 GRANSKNINGSANSVARIGA 15

1 SAMMANFATTNING

Som en del av verksamhetsrevisionen under år 2011 har en fördjupad granskning genomförts av om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten.

Vi har vid vår granskning noterat att det beslutats att inrätta ett inköpskontor och att det inom landstinget pågår ett omfattande arbete för att förbättra landstingets inköpsprocess inklusive upphandlingsverksamheten.

Vår granskning visar dock att det finns behov av ytterligare förbättringar. Några av de mest väsentliga iakttagelserna och bedömningarna i granskningen är:

- Upphandlingsenhetens uppdrag och ansvar inte är tillräckligt tydligt. Vi rekommenderar därför att det i samband med införandet av det nya inköpskontoret tydliggörs vilket ansvar inköpskontoret respektive övriga inom landstinget har för de olika delarna av landstingets inköpsprocess.
- Vi rekommenderar att det klargörs vem som ansvarar för inventering av landstingets totala behov när en vara/tjänst ska upphandlas. Detta för att minska risken för att upphandlingar genomförs ineffektivt eller med fel upphandlingsform.
- För att i större utsträckning förankra upphandlingarna i verksamheten och för att få med de krav som verksamheten har rekommenderar vi att det tas fram en riktlinje eller en rutin för när referensgrupper ska delta i handläggningen av en upphandling.
- Det är inte tillräckligt lätt att hitta gällande avtal och det saknas en tydlig organisation för hur synpunkter på avtalen ska hanteras. Vi rekommenderar därför att samtliga kostnadsställeansvariga informeras om hur gällande avtal hittas. Vi rekommenderar vidare att det tas fram en rutin för hur och till vem synpunkter på gällande avtal ska lämnas, hur dessa synpunkter ska tas tillvara samt hur gällande avtal ska följas upp.
- Vår granskning visar att det i dagsläget finns brister i uppföljningen av upphandlingsverksamheten och vilka som ansvarar för uppföljningen. I samband med införandet av det nya inköpskontoret rekommenderar vi att det fastställs hur uppföljning ska ske av de olika delar som ingår i inköpsprocessen. Vi rekommenderar vidare att de uppföljningar som genomförs, av såväl enskilda avtal som arbetsprocesser och den interna kontrollen, dokumenteras.
- Vi rekommenderar att det genomförs regelbundna och systematiska riskanalyser för att stärka den interna kontrollen. Vi rekommenderar vidare att det upprättas årliga internkontrollplaner för inköpsprocessen.
- Ett flertal av de rutiner och regler som tillämpas är inte dokumenterade och vissa är föråldrade. Vi rekommenderar att de rutiner och regler som tillämpas dokumenteras och hålls aktuella. Vi rekommenderar vidare att det tas fram en rutin för att informera de som

är involverade i upphandlingsprocessen om gällande förhållningsregler och om skyldigheten att självmant anmäla jäv.

- Vi rekommenderar att arbetet inom upphandlingsenheten, om möjligt, organiseras så att förslag till tilldelningsbeslut föredras för chefen för upphandlingsenheten eller annan upphandlare med tillräcklig kunskap om lagen om offentlig upphandling innan förslaget överlämnas till uppdragsgivare.

2 INLEDNING, SYFTE, REVISIONFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

För att landstingets upphandling ska kunna bidra till att resurserna utnyttjas på bästa möjliga sätt krävs att upphandlingsverksamheten är organiserad så att landstingets behov av upphandlingskompetens tillgodoses samt att lagar och regler efterlevs. Det är även väsentligt att upphandlingsverksamheten är organiserad och har rutiner som minskar risken för korruption.

På uppdrag av Landstingsrevisorerna har därför en fördjupad granskning av upphandlingsverksamheten genomförts. Granskningen har syftat till att svara på om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av upphandlingsverksamheten. Granskningen har avgränsats till den upphandlingsverksamhet som bedrivs inom landstingets upphandlingsenhet och till upphandlingsprocessen. Hur avrop från gällande avtal hanteras har inte ingått i denna granskning.

De revisionsfrågor som ställts i granskningen är:

- Är upphandlingsverksamheten organiserad och dimensionerad för att ge en kostnadseffektivitet i upphandlingsverksamheten?
- Bedrivs upphandlingsverksamheten på ett sådant sätt att det finns kontroll över att upphandling av varor och tjänster sker med de upphandlingsformer som ger en tillräcklig konkurrens?
- Sker upphandling utifrån förfrågningsunderlag som säkerställer att miljökrav, sociala krav m.m. är tillgodosedda?
- Görs uppföljning av upphandlingsverksamheten?
- Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att minska risker för korruption?

3 REVISIONSKRITERIER

Revisionskriterierna utgör utgångspunkt för revisionsfrågorna och är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning har revisionskriterierna huvudsakligen utgjorts av:

- Kommunallag (1991:900)
- Lag (2007:1091) om offentlig upphandling
- Jämtlands läns landstings Landstingsplan 2011-2013

- Jämtlands läns landstings Upphandlingspolicy
- Jämtlands läns landstings Internkontrollpolicy

4 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentanalyser, intervjuer och en enkät.

Intervjuer har genomförts med chefen för upphandlingsenheten (avslutat sin anställning under granskningen), tf chef för upphandlingsenheten samt avtalscontroller.

Enkäten har riktats till landstingets chefer. Det är totalt 150 personer som fått enkäten varav 119 har besvarat alla frågorna (79 %). En sammanställning av enkätundersökningen återfinns på revisorernas webbplats, www.jll.se/revisionsrapporter.

Granskningsrapporten har faktagranskats av tf chef för upphandlingsenheten och avtalscontroller.

5 RESULTAT

5.1 Är upphandlingsverksamheten organiserad och dimensionerad för att ge en kostnadseffektivitet i upphandlingsverksamheten?

5.1.1 Upphandlingsverksamhetens organisation och kompetens

Upphandlingsenheten består idag av nio medarbetare fördelat på 8,75 tjänster. Utöver upphandlingschefen och sju heltidstjänster som upphandlare finns en befattning som inköpare inom enheten. Inköparen arbetar med direktupphandlingar, inköp och support avseende inköpsfrågor.

Inom enheten finns en samlad mångårig erfarenhet från offentlig upphandling och förhandlingar. Enligt de intervjuade saknas för tillfället juridiskt stöd inom enheten. Vid vår granskning pågick dock rekrytering av en upphandlare/jurist med formell juridisk kompetens. Enligt enhetens verksamhetsplan pågår även ett arbete med att ta fram en kompetensutvecklingsplan.

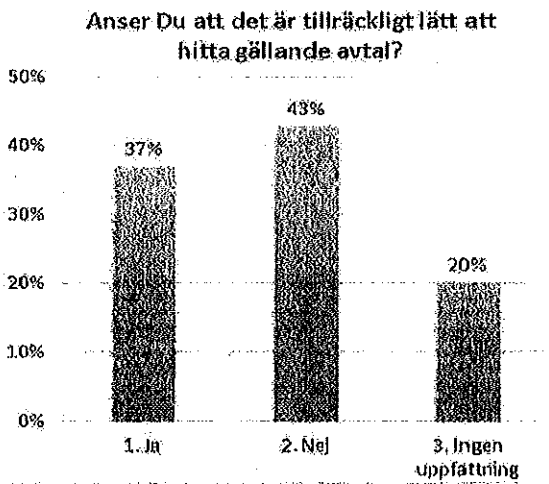
Landstinget har genomfört en förstudie om inrättande av ett inköpskontor, dnr LS/183/2011. Av förstudien framgår att upphandlingsenheten har svårt att hinna med att upphandla i den omfattning som landstinget har behov av och med den kvalitet som lagen om offentlig upphandling kräver. Denna bild har även framkommit i de intervjuer och i den enkät vi genomfört.

Landstingsdirektörens beslut om att inrätta ett inköpskontor innebär bl.a. att upphandlingsenheten förstärks med tre tjänster, varav uppskattningsvis 50 % av en tjänst kommer att finansieras av Regionförbundet i Jämtlands län för stöd vid förbundets upphandlingar. Av de kommentarer som lämnats i vår enkät framgår att cheferna har hög tilltro till att förstärkningen kan förbättra landstingets upphandlingsverksamhet.

5.1.2 Cheferna är relativt nöjda men har svårt att hitta gällande avtal

Av kommentarerna i enkätsvaren framgår att cheferna anser att det tar något för lång tid att få lämnade upphandlingsuppdrag genomförda och att man upplever att upphandlingsenheten är underbemannad. Cheferna inom landstinget är trots detta överlag nöjda med upphandlingsenhetens tillgänglighet, bemötande och med den kompetens som finns inom upphandlingsenheten. Enkätsvaren visar även att cheferna i stort sett är nöjda med den information som upphandlingsenheten ger avseende landstingets inköpsprocess, upphandlingsreglerna och vilket underlag som behövs för att upphandlingsenheten ska kunna genomföra ett upphandlingsuppdrag.

Cheferna tycker dock inte att det är tillräckligt lätt att hitta gällande avtal, se diagrammet intill. Av de kommentarer som lämnats på frågan framgår att problemet till stor del beror på ett missnöje med utformningen av intranätet och att information om hur man hittar till landstingets avtalskatalog och hur denna fungerar inte har nått ut till användarna på ett tillräckligt tydligt sätt.



5.1.3 Landstingsplanen

Av landstingsplanens avsnitt "Politisk analys och inriktning" framgår att det anses viktigt att landstinget höjer sin ambition i arbetet med upphandling, energisparåtgärder och transportfrågor.

Vidare framgår av landstingsplanen att landstinget, som en aktivitet under 2011, ska arbeta för att vara en föregångskund genom demonstrationsprojekt och innovationsupphandling inom miljöteknik.

I avsnittet "God ekonomi" i landstingsplanen återfinns ett mål som till viss del påverkas av upphandlingsenhetens verksamhet. Målet benämns "Lagefterlevnad Kostnadskontroll" som mäts i form av avtalstrohet.

5.1.4 Upphandlingsenhetens verksamhetsplan

Av den verksamhetsplan som upphandlingsenheten upprättat kan utläsas att "Verksamhetsplanen utgör upphandlingsenhetens uppdrag avseende verksamhetsåren 2011-2013 med utgångspunkt i såväl landstingsplan som enhetens egna ambitionsnivå". Vidare framgår hur enheten tolkat uppdraget: "att genomföra effektiva och affärsmässiga upphandlingar, med gott resultat, med vården i centrum".

I upphandlingsenhetens verksamhetsplan anges att syftet med framtagandet av planen har varit att identifiera förbättringsområden och föreslå åtgärder som enheten anser är till nytta för såväl upphandlingsenheten som för landstinget som helhet. Verksamhetsplanen är enligt vad vi erfarit i

huvudsak inriktad på förbättringsarbete och i mindre utsträckning på enhetens löpande verksamhet.

Upphandlingsenhetens verksamhetsplan bygger på ett antal mål med tillhörande aktiviteter. Av verksamhetsplanen framgår hur målen ska följas upp och när målen ska vara uppfyllda. För flera av målen saknas dock målvärden att ställa mätresultaten mot.

En dokumenterad uppföljning av verksamhetsplanen sker enligt uppgift varje månad och uppföljningen rapporteras till chefen för ledningsstab ekonomi.

5.1.5 Avgränsning av enhetens uppdrag och upphandlarnas roll

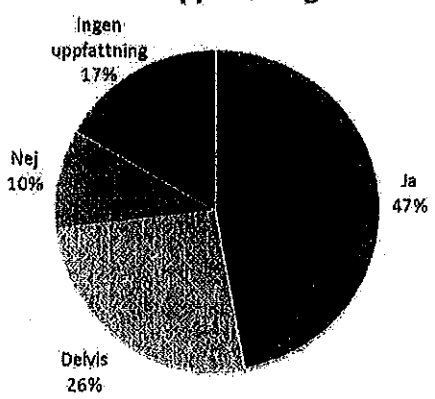
De intervjuade upplever att gränsdragningen mellan upphandlingsenhetens ansvar och verksamheternas ansvar inte är tillräckligt tydlig. Vid intervjuerna har det även framkommit att man inom upphandlingsenheten upplever att upphandlarrollen inom landstinget är otydlig. Upphandlarnas uppdrag tenderar att dras ut till att omfatta allt mer arbete efter avtalsskrivning, t.ex. bevakning av avtal, eftersom verksamhetens chefer, enligt upphandlingsenhetens företrädare, tycker att upphandlarna kan avtalen bättre.

Otydligheterna i uppdrag och roller har enligt de intervjuade skapat vissa svårigheter, främst när det gäller prioriteringar mellan olika upphandlingsuppdrag, avtalsuppföljning och vid avtalsförlängning. Upphandlingsenheten har dock påbörjat ett arbete med att ta fram befattningsbeskrivningar för samtliga medarbetare inom enheten. De intervjuade har även förhoppningar om att den nya ledningsgruppen, "centrumgruppen", på ett tydligt sätt ska kunna uttala vilka hänsyn som ska väga tyngst vid upphandlingar och vid kritiska situationer hjälpa till att prioritera mellan olika upphandlingsuppdrag. Enligt uppgift har roller och ansvar för det nya inköpskontoret ännu inte hunnit fastställas.

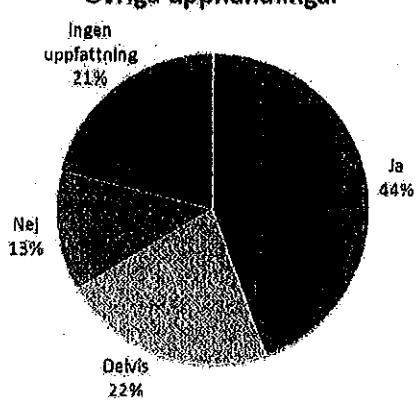
Även de svar som lämnats i enkäten tyder på en viss otydlighet i upphandlingsenhetens uppdrag. Knappt hälften har uppgett att de anser att det är tillräckligt tydligt när upphandlingsenheten ska hjälpa till med upphandlingar. När det gäller avtalsuppföljning är det mindre än en tredjedel som anser att det är tillräckligt tydligt när upphandlingsenheten ska vara behjälpliga. Diagrammen nedan visar svaren på frågan:

Anser Du att det är tillräckligt tydligt när upphandlingsenheten ska hjälpa till avseende:

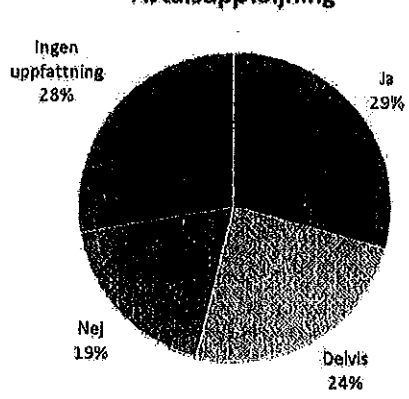
Direktupphandlingar



Övriga upphandlingar



Avtalsuppföljning



5.1.6 Avtalsuppföljning och synpunkter på gällande avtal

Av nedanstående diagram framgår att de svarandes uppfattningar skiljer sig åt, framför allt när det gäller upphandlingsenhetens och upphandlingschefens ansvar.

Vilket ansvar för uppföljning av gällande avtal har du uppfattat att följande funktioner har?

	1 - Inget ansvar	2	3	4	5 - Huvudansvar	Ingen uppfattning
Avtalscontroller	8%	6%	6%	17%	10%	54%
Upphandlaren	14%	10%	16%	20%	10%	29%
Upphandlingschef	11%	8%	11%	12%	23%	35%
Avtalstecknaren	0%	2%	3%	13%	55%	26%

Otydligheten i organisationen och ansvarsfrågan när det gäller upphandling, inköp och avtalsuppföljning framgår ytterligare av diagrammet till höger. Endast 6 % av de som svarat på enkäten har uppgett att de lämnar sina synpunkter till den som undertecknat avtalet medan över hälften av dessa anser att den som undertecknat gällande avtal också har huvudansvaret för uppföljningen, se diagrammet ovan.

Vart vänder du dig i första hand med synpunkter på gällande avtal?

Närmsta chef	18%
Avtalstecknaren	6%
Upphandlaren	42%
Upphandlingschef	22%
Annan	12%

Av intervjuer och kommentarerna till enkäten framkommer även synpunkter på att det behöver bli tydligare hur verksamheternas företrädare kan återkoppla sina erfarenheter om hur de gällande avtalen fungerar. Enligt uppgift finns funderingar på att skapa möjligheter för återkoppling på gällande avtal antingen i Centuri eller direkt i upphandlingsverktyget Avantra.

Som tidigare nämnts har beslut fattats om att inrätta en ny befattning inom landstinget: materialkonsulenten. Denne är tänkt att fungera som en länk mellan vården och upphandlarna och ska skapa mervärden genom att bidra till rätt kravställningar i landstingets upphandlingar, att rätt varor köps på upphandlade avtal och att erfarenheter återförs till nästa upphandling.

5.1.7 Bedömning

Vi ser positivt på att landstinget har utvärderat sin inköpsprocess och påbörjat arbetet med att vidta förbättringsåtgärder för att öka möjligheterna att möta landstingets behov av upphandling av varor och tjänster och samtidigt minska risken för att landstinget eventuellt skulle bryta mot lagen om offentlig upphandling.

En tydlig ansvarsfördelning och tydliga roller bidrar till en god intern kontroll och en kostnadseffektiv verksamhet. Vår granskning visar att ansvarsfördelningen mellan upphandlingsenheten och övrig verksamhet inte är tillräckligt tydlig och att ansvaret för de olika delarna i inköpsprocessen inte har hunnit fastställas för det nya inköpskontoret. Vi rekommenderar därför:

- att det i samband med införandet av det nya inköpskontoret tydliggörs vilket ansvar inköpskontoret respektive övriga inom landstinget har för de olika delarna av landstingets inköpsprocess, t.ex. för uppföljningen av gällande avtal.

- att det tydliggörs hur prioriteringar mellan olika upphandlingsuppdrag ska hanteras.
- att samtliga berörda informeras om hur gällande avtal hittas. På så vis förbättras möjligheterna för en ökad avtalstrohet.
- att det tas fram en rutin för hur och till vem synpunkter på gällande avtal ska lämnas, hur dessa synpunkter ska tas tillvara samt hur gällande avtal ska följas upp.

Vi ser positivt på att upphandlingsenheten upprättat en verksamhetsplan och att de arbetar aktivt med uppföljning av denna. Planen omfattar dock enhetens löpande verksamhet i liten utsträckning. Vi rekommenderar därför:

- att verksamhetsplanen vidareutvecklas med relevanta mål och aktiviteter för den löpande upphandlingsverksamheten och att målvärden definieras så att måluppfyllelsen kan mätas och därigenom öka verksamhetsplanens styreffekt.

5.2 Bedrivs upphandlingsverksamheten på ett sådant sätt att det finns kontroll över att upphandling av varor och tjänster sker med de upphandlingsformer som ger en tillräcklig konkurrens?

Av landstingets upphandlingspolicy framgår att alla inköp är upphandling och att upphandling ska genomföras i enlighet med gällande lagar och regler samt utifrån landstingets politiska beslut, inriktningsdokument och policys.

Av landstingsdirektörens befogenhetsplan framgår att all upphandling, förutom direktupphandlingar där upphandlingens värde understiger ett visst belopp, ska ske i samråd med upphandlingsenheten. Samråd får även ske för de direktupphandlingar där upphandlingens värde understiger de i befogenhetsplanen angivna beloppen.

För att upphandlingsenheten ska kunna styra så att en korrekt upphandlingsform tillämpas krävs att upphandlingsenheten kontaktas för samråd. Uppföljning av om så sker görs till viss del av avtalscontrollern i samband med uppföljning av avtalstrohet vid delårs- och årsbokslut.

5.2.1 Stöd vid val av upphandlingsform

Vid handläggning av upphandlingsuppdrag används upphandlingsverktyget Avantra. I Avantra läggs samtliga upphandlingar in och det beräknade beloppet för upphandlingen matas in i systemet som då talar om vilken upphandlingsform som är aktuell för den enskilda upphandlingen.

Upphandlingsenheten har även en kvalitetspärm som är tänkt att fungera som ett stöd vid genomförandet av upphandlingar. Upphandlingsenhetens företrädare är dock medveten om att delar i kvalitetspärmen är i behov av uppdatering då det bl.a. hänvisas till upphävda lagrum och vissa av de mallar som återfins i pärmen är inaktuella.

När det är fråga om direktupphandlingar är det upphandlingschefen som skriver under vilket ger en viss kontroll av att rätt upphandlingsförfarande valts. I övrigt förlitas det på att upphandlarna väljer den upphandlingsform som uppfyller lagens krav och att upphandlarna tar upp eventuella problem eller funderingar vid enhetens veckomöten.

5.2.2 Inventering för en samordnad upphandling

Enligt uppgift vet upphandlarna utifrån erfarenhet att vissa varor/tjänster endast används av vissa enheter vilket gör att de kan bedöma det totala behovet. Upphandlingsenheten hämtar även uppgifter ur landstingets olika system för att se hur olika varor/tjänster har köpts och vilka som har gjort inköpen. Denna rutin finns dock inte dokumenterad.

Vid intervjuerna har det framkommit att det inte är helt tydligt om det är upphandlingsenheten eller den verksamhet som vill ha ett upphandlingsuppdrag genomfört som ansvarar för inventeringen av landstingets totala behov av den vara/tjänst som ska upphandlas.

5.2.3 Bedömning

- Upphandlingsverktyget Avantra tillsammans med upphandlingsenhetens kvalitetspärm ger förutsättningar för att upphandlarna ska kunna välja rätt upphandlingsform. Detta förutsätter dock att mallar och andra stöddokument ajourhålls.
- Vi rekommenderar att det klargörs vem som ansvarar för inventering av landstingets totala behov när en vara/tjänst ska upphandlas. Detta för att minska risken för att upphandlingar genomförs ineffektivt eller med fel upphandlingsform på grund av att hela landstingets behov av aktuell vara/tjänst inte beaktats.

5.3 Sker upphandling utifrån förfrågningsunderlag som säkerställer att miljökrav, sociala krav m.m. är tillgodosedda?

Av landstingets upphandlingspolicy framgår att det vid all upphandling ska tas hänsyn till ekonomi, funktion, kvalitet, patient- och personalsäkerhet, miljö, sociala hänsyn och diskriminering.

5.3.1 Sociala krav och miljökrav

Vid genomförandet av upphandlingar använder upphandlingsenheten standardiserade mallar som bland annat omfattar administrativa föreskrifter och kravspecifikationer. I mallarna ingår avsnitt som beskriver att miljöhänsyn och sociala hänsyn kommer att tas i upphandlingen.

Miljökrav ställs enligt mallarna dels på leverantörens miljöarbete och dels på aktuell produkt eller tjänst.

När det gäller miljökrav i upphandlingar av medicintekniska produkter och medicinteknisk utrustning framgår av mallarna vilka miljökrav som ska ställas. I mallarna för medicintekniska produkter och medicinteknisk utrustning hänvisas till Miljöstyrningsrådets upphandlingskriterier. I mallarna finns även utrymme för att ställa ytterligare miljökrav.

I mallen för upphandling av tjänster framgår att miljökrav kan ställas specifikt för den aktuella tjänsten.

5.3.2 Uppdrag till upphandlingsenheten

Enligt de intervjuade måste ett upphandlingsuppdrag inlämnas till upphandlingsenheten på en särskild blankett som måste vara underskriven i enlighet med gällande befogenhetsplan. På blanketten för upphandlingsuppdrag ska en kort beskrivning lämnas av vad som ska upphandlas.

När ett korrekt ifyllt uppdrag mottagits av upphandlingsenheten tas kontakt med uppdragsgivaren för gemensam planering av den aktuella upphandlingen. I upphandlingsenhetens kvalitetspärm finns beskrivningar av hur kontakterna mellan upphandlingsenheten och verksamheten ska ske. Där beskrivs bl.a. att upphandlingen ska planeras tillsammans med uppdragsgivaren och att förfrågningsunderlaget, när det är färdigställt, ska stämmas av gentemot uppdragsgivaren så att man är överens om innehållet.

5.3.3 Referensgrupper

Enligt de intervjuade inom upphandlingsenheten deltar referensgrupper i handläggningen av större upphandlingar. Upphandlingarna bedrivs ofta i projektform där det är den enskilde upphandlaren som bedömer om en referensgrupp behöver sättas samman och vilka som i så fall bör tillfrågas att ingå i denna. De intervjuade uppger att upphandlarna använder uppgifter från tidigare inköp för att veta vilka verksamheter som kan kontaktas för inhämtning av erfarenheter och deltagande i referensgrupper.

I referensgrupperna ingår således representanter från de verksamheter som den enskilde upphandlaren anser vara relevanta. De enskilda representanterna från verksamheterna utses, enligt uppgift, av respektive verksamhetsområdeschef.

Vi har vid vår granskning inte funnit någon dokumenterad riktlinje eller rutin för när en upphandling är av sådan beskaffenhet att en referensgrupp bör delta i handläggningen av en upphandling eller vilken sammansättning dessa referensgrupper lämpligen bör ha. Enligt uppgift finns inte heller någon dokumentation över vilka avvägningar som gjorts inför enskilda upphandlingar.

Svaren i enkäten tyder på att det bland cheferna finns ett visst missnöje avseende hur dialog förs mellan upphandlingsenheten och verksamheten. Drygt hälften av de som varit i kontakt med upphandlingsenheten anser att upphandlingsenheten var lyhörda för verksamhetens krav medan ca var tredje endast instämde till viss del eller inte alls i påståendet att upphandlingsenheten var lyhörda för verksamhetens krav. Även bland de kommentarer som cheferna lämnat i enkäten framkommer dialogen mellan upphandlingsenheten och verksamheten som ett förbättringsområde.

5.3.4 Bedömning

- Vår granskning visar att ett stort ansvar läggs på de enskilda upphandlarna dels vid val av upphandlingsform och dels vid säkerställandet av att de olika kraven tillgodoses. Vi bedömer dock att det stöd som återfinns i de upphandlingsmallar som används ger förutsättningar för att upphandlarna ska kunna upprätta förfrågningsunderlag enligt de krav som ställs i landstingets upphandlingspolicy.
- Vi rekommenderar att det klargörs och beslutas när och hur referensgrupper ska delta i upphandlingar för att i större utsträckning förankra upphandlingarna i verksamheten och för att de krav och önskemål som finns från verksamheterna i högre grad kommer till beaktande.

5.4 Görs uppföljningar av upphandlingsverksamheten?

Som vi tidigare nämnt har upphandlingsenheten upprättat en verksamhetsplan som enligt uppgift följs upp månadsvis och rapporteras till chefen för Ledningsstab ekonomi.

Upphandlingsenheten genomför, enligt tf upphandlingschef, fyra kvalitetsdagar per år där enheten avsätter tid för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten. Tanken med dessa dagar är att upphandlingsprocessen ska diskuteras för att identifiera förbättringsområden. Enligt tf upphandlingschef behöver dock uppföljningen av upphandlingsverksamheten utvecklas och bli mer systematisk.

Utformningen av den interna kontrollen ska, enligt interkontrollpolicyn, föregås av en riskanalys där riskerna ska sättas i relation till kostnaderna för insatta kontrollåtgärder. Någon dokumenterad riskanalys har enligt uppgift inte upprättats för upphandlingsverksamheten och i dagsläget sker ingen regelbunden och systematisk uppföljning av den interna kontrollen eller regelefterlevnaden inom upphandlingsenheten.

Vi har tagit del av dokumentationen av en månadsuppföljning av upphandlingsenhetens verksamhetsplan. I övrigt synes inte finnas någon dokumentation över uppföljningar av upphandlingsverksamheten, vare sig från enhetens kvalitetsdagar, från avtalsuppföljningar inför avtalsförlängning/nyupphandling eller från övrig uppföljning av den interna kontrollen.

Vid vår granskning har vi även tagit del av ett utkast till verksamhetsplan för kontroll av avtal, inköp och upphandling. I detta utkast, som tagits fram av landstingets avtalscontroller, beskrivs bl.a. förslag på kritiska framgångsfaktorer för att uppnå en bra och effektiv inköpsprocess. Flera av de föreslagna framgångsfaktorerna berör upphandlingsverksamheten. Vidare beskrivs i utkastet att uppföljning och utvärdering av upphandlingsverksamheten är en förutsättning för att uppnå en effektiv inköpsprocess.

5.4.1 Bedömning

- Vi rekommenderar att det i samband med införandet av det nya inköpskontoret fastställs hur uppföljning ska ske av de olika delar som ingår i inköpsprocessen. Regelbunden och systematisk uppföljning ger kunskap om hur den interna kontrollen fungerar och om verksamheten bedrivs effektivt.

- Vi rekommenderar att det genomförs regelbundna och systematiska riskanalyser för att stärka den interna kontrollen. Vi rekommenderar vidare att det upprättas årliga internkontrollplaner för inköpsprocessen.
- Vi rekommenderar att de uppföljningar som genomförs, av såväl enskilda avtal som arbetsprocesser och den interna kontrollen, dokumenteras.

5.5 Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att minska risker för korruption?

5.5.1 Styrdokument om farliga förmåner och jäv

Landstinget har tagit fram övergripande styrdokument för att underlätta för de anställda att fastställa vad som gäller avseende otillbörliga förmåner och jäv, "Landstingsgemensamma riktlinjer för farliga förmåner, jäv" och "Landstingsövergripande regler för gåvor och donationer". Dessa styrdokument är dock till vissa delar inte relevant eller förenligt med gällande lagar. Bland annat hänvisar riktlinjen till förvaltningslagens regler avseende jäv istället för till kommunallagens regler.

I riktlinjen anges att landstinget fastlagt följande policy:

"Anställda och förtroendevalda inom Jämtlands läns landsting får inte ta emot förmåner i form av gåvor, resor, frikort, rabatter eller andra förmåner som kan misstänkas påverka dem i deras arbete eller uppdrag för landstinget."

Vidare beskrivs i ovan nämnda riktlinje vad som bör beaktas avseende korruption och jäv. Ett avsnitt i riktlinjen ger särskild vägledning vid upphandlingsärenden:

"Beträffande frågan om delikatessjäv är det av särskilt intresse för tjänstemän som handlägger upphandlingsärenden, om affärsförbindelsen ... har medfört ett vänskapsförhållande mellan tjänstemannen och leverantören ... Detta är en fråga som det tyvärr är omöjligt att ge ett allmängiltigt svar på och som fordrar uppmärksamhet från tjänstemannens och hans överordnades sida. ..."

De intervjuade uppger att det är väldigt viktigt att upphandlarna uppfattas av omgivningen som oberoende och objektiva. För att undvika att riskera att en upphandling kan komma att överklagas eller ifrågasättas uppger den tillförordnade chefen för upphandlingsenheten att jävsfrågan relativt ofta diskuteras inom enheten. Inom upphandlingsenheten finns även en avsikt att öka informationen om bl.a. jäv till de övriga som deltar i upphandlingsprocessen, t.ex. uppdragsgivare och referensgrupper.

Enligt den tillförordnade chefen för upphandlingsenheten görs en jävsprövning när upphandlingsuppdraget fördelas på enskilda upphandlare. Denna prövning, som endast omfattar upphandlingsenhetens medarbetare, görs dock inte rutinmässigt vid varje upphandling. Rutinen finns inte dokumenterad och det saknas även dokumentation av själva jävsprövningarna.

Den tillförordnade chefen för upphandlingsenheten uppger att de inom upphandlingsenheten har ett restriktivt förhållningssätt till att ta emot förmåner från leverantörer. Dessa förhållningsregler finns dock inte dokumenterade.

5.5.2 Uppdelning av funktioner

Ett sätt att stärka den interna kontrollen är organisera verksamheten så att befattningshavare inte arbetar ensamma. Om attestering, beslut, kontroll och uppföljning utförs av olika personer minskar utrymmet för att en maktposition ska kunna missbrukas.[1]

Av den processbeskrivning över upphandlingsprocessen och de rutinbeskrivningar som vi tagit del av samt av de intervjuer vi genomfört framgår att fler än en befattning/funktion deltar i olika delar av upphandlingsprocessen. Vi noterar dock att upphandlarna är ensamma utförare i flera delar av processen.

Av landstingsdirektörens befogenhetsplan framgår att beslut i upphandlingsärenden fattas av annan person än upphandlare/upphandlingschef. Befogenhetsplanen medför vidare att all upphandling, förutom direktupphandlingar där upphandlingens värde understiger ett prisbasbelopp för varor och två prisbasbelopp för tjänster, ska ske i samråd med upphandlingsenheten. Med samråd menas att beslut och underlag för beslut ska diskuteras med den funktion som anges i befogenhetsplanen innan beslut fattas. Beslutsfattaren ska vid sitt beslut ha tagit till sig och beaktat de synpunkter som framkommit vid samrådet. Det ska således alltid vara minst två personer som har insyn i dessa ärenden. Samrådsinstansen har dock inte någon besluts- eller vetorätt.

Vid utformningen av förfrågningsunderlag är det, enligt tf chef för upphandlingsenheten, upphandlarnas roll att formulera kraven så att de överensstämmer med lagen och inte diskriminerar någon leverantör. Vidare uppger tf chef för upphandlingsenheten att eventuella meningsskiljaktigheter mellan upphandlare och verksamhetsföreträdarna reds ut innan förfrågningsunderlagen offentliggörs.

Skulle meningsskiljaktigheter uppstå vid tilldelningen av ett avtal finns möjligheten att få sin avvikande mening antecknad i tilldelningsbeslutet. Sådana meningsskiljaktigheter är dock, enligt tf chef för upphandlingsenheten, extremt sällsynta.

5.5.3 Uppföljning av den interna kontrollen

Som beskrivits i avsnitt 5.4 sker i dagsläget ingen regelbunden och systematisk uppföljning av den interna kontrollen eller regelefterlevnaden. Av det utkast till verksamhetsplan för kontroll av avtal, inköp och upphandling som vi tagit del av framgår dock avsikten att upphandlingsverksamheten ska följas upp och granskas objektivt. Denna uppföljning ska bland annat minska risken för att den interna kontrollen inte är ändamålsenligt utformad.

5.5.4 Bedömning

Vår granskning visar att landstinget har styrdokument och rutiner som kan bidra till att minska risken för korruption vid upphandlingsärenden. Vissa styrdokument är dock föråldrade och ett flertal av de rutiner och regler som tillämpas är inte dokumenterade. Utöver vad vi tagit upp tidigare i denna rapport rekommenderar vi:

- att dokumentet "Landstingsgemensamma riktlinjet för farliga förmåner, jäv" uppdateras utifrån gällande lagar.

---

[1] Brå (2007:21). *Korruptionens struktur i Sverige "Den korrupte upphandlaren" och andra fall om mutor, bestickning och maktmissbruk.* Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

- att förhållningsregler avseende mottagande av förmåner dokumenteras.
- att det tas fram en rutin för att informera de som är involverade i upphandlingsprocessen om ovan nämnda förhållningsregler och om skyldigheten att självmant anmäla jäv.
- att det tas fram en rutin för prövning av om det kan finnas omständigheter som kan rubba oberoendet för de nyckelpersoner som är involverade i upphandlingsärendet. Vi rekommenderar vidare att dessa prövningar dokumenteras.
- att arbetet inom upphandlingsenheten, om möjligt, organiseras så att förslag till tilldelningsbeslut föredras för chefen för upphandlingsenheten eller den som denne utser innan förslaget överlämnas till uppdragsgivare. Detta för att kvalitetssäkra handläggningen samt för att ytterligare stärka den interna kontrollen och omgivningens syn på upphandlarnas oberoende.

6 GRANSKNINGSANSVARIGA

Granskningen har genomförts av Mattias Holmetun, yrkesrevisor vid Jämtlands läns landstings revisionskontor. Granskningen har kvalitetssäkrats av Ulf Rubensson, certifierad kommunal revisor och revisionsdirektör Majvor Enström, certifierad kommunal revisor.

Mattias Holmetun
Yrkesrevisor