

2017-12-06
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till:
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjuk-
vårdsregionen
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
samt i övrigt enligt bifogad sändlista


Granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet

REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende arbetet med systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer att patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenligt.
- Vi ser allvarligt på att patientsäkerhetskulturen enligt delårsrapport 08 försvagats i avsevärd grad enligt medarbetarenkät.
- Det finns tydliga mål och strategier men det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är inte ändamålsenligt beskrivet.
- Det finns strukturer för uppföljning och utveckling. Uppföljningen behöver dock bli mer patientfokuserad.
- Det systematiska patientsäkerhetsarbetet på vårdenhetsnivå är eftersatt och behöver bli mer systematiskt. Bland annat behöver goda exempel inom verksamheterna fångas upp och spridas i högre grad.


Anders Senestad
Ordförande


Eiwor Englund
Vice ordförande

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet". Revisionskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Revisionsrapport

Systematisk kvalitetsför- bättring av patientsäker- hetsarbetet

Region Östergötland

Karin Magnusson
Cecilia Claudelin

December/2017

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Kontrollmål	5
1.5. Avgränsning.....	5
1.6. Metod.....	5
2. Granskningsresultat	6
2.1. Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att det finns en god organisering för patientsäkerhetsarbetet?	6
2.1.1. Iakttagelser	6
2.1.2. Bedömning.....	9
2.2. Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är patientfokuserat?	9
2.2.1. Iakttagelser	10
2.2.2. Bedömning.....	11
2.3. Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är kunskapsbaserat?	11
2.3.1. Iakttagelser	11
2.3.2. Bedömning.....	12

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet. Granskningsobjekt är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2017.

Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Har regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenligt genom att det finns strukturer för uppföljning och utveckling?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställer att patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenligt genom att det finns strukturer för uppföljning och utveckling. Det finns tydliga mål och strategier men det organisatoriska ansvaret är inte ändamålsenligt beskrivet. Vidare måste det utvecklas rutiner och arbetsätt som bidrar till patienter och anhöriga i högre grad involveras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Bedömningen grundar sig på följande bedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att det finns en god organisation för patientsäkerhetsarbetet?

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt.

Vår bedömning är att det finns tydliga mål och strategier men att strategin för patientsäkerhet inte är fullt ut förankrad i verksamheten och utgör inte någon tydlig styrning.

Vår bedömning är vidare att riktlinjer finns för hur patientsäkerhetsarbetet ska ledas, hur det organisatoriska ansvaret ska fördelas samt hur arbetet ska följas upp. Patientsäkerhetsberättelsens beskrivning av det organisatoriska ansvaret följer dock inte vad som är beskrivet i riktlinjerna. Vår bedömning är att regionstyrelsen bör säkerställa att det finns en dokumentation av det organisatoriska ansvaret i enlighet med gällande regelverk.

Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är patientfokuserat?

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt.

Vi grundar vår bedömning på att regionen själva framhåller att det systematiska arbetet inte är tillräckligt och att det är ett område de måste utveckla mer inom de närmaste åren.

Regionen och dess medarbetare bör bli bättre på att följa patientsäkerhetslagen vad gäller information gällande var patienter kan vända sig efter en vårdskada eller oönskad händelse. Vidare bör de synpunkter som idag inkommer till vården sammanställas och analy-

seras på en aggregerad nivå för att sedan ligga till grund för förbättringsarbete inom patientsäkerheten.

Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är kunskapsbaserat?

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt.

Vi grundar vår bedömning på att uppföljning sker systematisk vid patientsäkerhetsdialoger var 18 månad, men att det utöver patientsäkerhetsdialogen saknas utrymme för att diskutera patientsäkerhet ur ett bredare perspektiv och med tydligt fokus på att göra vården säkrare. Regionen saknar ett systematiskt arbete för att fånga upp goda exempel och misstag där kliniker specifikt kan dra nytta av varandras arbeten. Vi ser det som allvarligt att den nyckelindikator som används för att mäta patientsäkerhetskulturen 2017 indikerar att verksamheten befinner sig längre ifrån målet än de gjorde vid mätningarna 2016.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Varje år drabbas cirka 100 000 patienter av en vårdskada i Sverige. Det innebär att nästan åtta procent av alla vårdtillfällen leder till en vårdskada. Under ett flertal år har det med anledning av detta genomförts olika nationella satsningar för att förbättra patientsäkerheten och bidra till att reducera antalet vårdskador. Satsningarna har bland annat fokuserat på att minska de vårdrelaterade infektionerna, trycksår, undernäring, fall och användandet av antibiotika. Resultatet av genomförda satsningar har varierat, men generellt har fokuseringen på patientsäkerhetsfrågorna ökat.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) understryker vikten av att arbeta med patientsäkerhetskulturen och uttrycker att ”en hög patientsäkerhet kännetecknas av att patienten och personalen är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, att det finns en god patientsäkerhetskultur och att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande förhållningssätt.”

Inom Region Östergötland har det utarbetats en patientsäkerhetsstrategi. Det finns för regionen en nollvision där inga undvikbara vårdskador förekommer i hälso- och sjukvården och målet är att hälso- och sjukvården genomsyras av en stark patientsäkerhetskultur.

Regionens revisorer har utifrån revisionsplan 2017, vilken baseras på riskanalys, beslutat om att genomföra en granskning av patientsäkerhetsarbetet inom Region Östergötland och har givit i uppdrag till PwC att genomföra granskningen.

Två förtroendevalda revisorer, Jan Widmark och Torbjörn Pettersson, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfråga:

Har regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenligt genom att det finns strukturer för uppföljning och utveckling?

1.3. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763, 2a§)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 5 kap Systematiskt förbättringsarbete)
- Strategisk plan 2017-2019
- SKL – nationellt ramverk för patientsäkerhetsprojektplan

1.4. *Kontrollmål*

- Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att det finns en god organisering för patientsäkerhetsarbetet?
- Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är patientfokuserat?
- Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är kunskapsbaserat?

1.5. *Avgränsning*

Granskningen avgränsades till slutenvården.

Vid avgränsning och urval av kliniker har hänsyn tagits till förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI). VRI är den vanligaste vårdskadan och i relativt hög grad påverkansbar. Urvalet gjordes av kliniker som visar på hög förekomst av vårdrelaterade infektioner, men omfattar även kliniker där särskilda åtgärder vidtagits och där goda resultat uppnåtts. Granskningen avgränsades till följande kliniker.

- Hjärt- och medicincentrum – Infektionskliniken i Östergötland, både avdelning 20 i Norrköping och avdelning 44 i Linköping
- Sinnescentrum – Neurokirurgisk intensivvårdsavdelning, NIVA
- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård – Kirurgiska kliniken i Linköping och Kirurgiska kliniken i Norrköping
- Närsjukvården i centrala Östergötland – Neurologiska kliniken i Linköping

1.6. *Metod*

Kontrollfrågorna är upplagda så att de täcker in samtliga fyra nivåer som berörs inom vården; högsta ledningen, den verksamhetsnära ledningen, hälso- och sjukvårdspersonal och patient samt närstående. En metodik har valts som har gett revisionen förutsättningar att bedöma hur det fungerar inom samtliga nivåer. Vad det gäller patienter och närstående har dock granskningen enbart byggt på förekomst av rutiner och arbetssätt för att säkerställa deras involvering.

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer, vårdenhetschefer och sjuksköterskor. Företrädare inom staberna samt berörda på ledningsstaben har även intervjuats. Totalt har 24 personer intervjuats. Dokumentstudierna har omfattat rutiner, riktlinjer, för granskningen relevanta processbeskrivningar, sammanställningar av statistik samt analyser och åtgärdsplaner.

Granskningen bygger på underlag och intervjuer som inkommit under perioden augusti till oktober år 2017.

Rapporten har sakavstämmts med intervjuade personer.

2. Granskningsresultat

Patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 1:e januari 2011 innebär stora förändringar för alla i vården. En av de stora nyheterna i lagen är att alla vårdgivare i fortsättningen är skyldiga att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

SKL har tillsammans med landsting/regioner och kommuner tagit fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete. Målet med det nationella ramverket är att det ska vara ett användbart och levande verktyg i arbetet på alla nivåer med att öka patientsäkerheten. Ramverket ska:

- Visa helhet och sammanhang.
- Tydliggöra vad som behövs för att öka patientsäkerheten.
- Fungera som stöd vid prioritering av det fortsatta arbetet.

Ramverket innehåller tre viktiga perspektiv. Dessa är att hälso- och sjukvården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård.

Ramverket har varit utgångspunkt för granskningen.

2.1. *Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att det finns en god organisering för patientsäkerhetsarbetet?*

Ett organiserat patientsäkerhetsarbete innebär enligt det nationella ramverket för patientsäkerhet att högsta ledningen har satt mål, strategier och värderingar som stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det handlar också om att skapa en struktur och rutiner som stödjer *ledning och styrning* av det strategiska patientsäkerhetsarbetet och att dokumentera hur det *organisatoriska ansvaret* för patientsäkerhetsarbetet är fördelat.

Vi granskat hur och när mål och strategier sätts och hur dessa har kommunicerats. Vi har också tittat på vilken struktur som skapats för att möjliggöra ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt en god styrning.

Slutligen har vi granskat hur väl ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är dokumenterat samt om ansvarsfördelningen överensstämmer med den uppfattning som råder hos de intervjuade. Att ansvaret för patientsäkerhetsarbetet ska finnas dokumenterat framgår av Patientsäkerhetslagen.

2.1.1. *Iakttagelser*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

I den strategiska planen för 2017-2019 har fullmäktige givit regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden ansvar för de framgångsfaktorer som har en bäring på regionens strategiska patientsäkerhetsarbete. Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren också dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom

verksamheten. Roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer ska beskrivas.

Vid genomförd granskning kan vi finna att ansvarsfördelningen finns dokumenterad i riktlinjerna för patientsäkerhet i Region Östergötland. I riktlinjerna klargörs att ansvaret för patientsäkerhetsarbetet ska ske som en integrerad del av det dagliga arbetet och ansvaret följer verksamhetsansvaret på alla nivåer inom verksamheten. I riktlinjerna tydliggörs ansvaret för följande funktioner:

- Regiondirektören
- Regionens säkerhetsgrupp
- Chefläkar- och chefsjuksköterskeenheter (CL/CSSK-enheten)
- Verksamhetschef
- Varje medarbetare

I patientsäkerhetsberättelsen finns också en beskrivning av den organisatoriska ansvarsfördelningen. I den beskrivningen saknas regionens säkerhetsgrupp, men i stället omnämns ytterligare tio funktioner som uppfattas ha ett ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

För vissa funktioner som återfinns i båda dokumenten så skiljer sig beskrivningen av ansvaret. Enligt patientsäkerhetsberättelsen åligger det exempelvis verksamhetschefen att följa upp beslutad patientsäkerhetsstrategi, det ansvaret framgår inte av riktlinjen. I riktlinjen står det att CL/CSSK-enheten ansvarar för regionens patientsäkerhetsarbete.

Vid genomförda intervjuer framkommer att patientsäkerhetsberättelsen inte ger en korrekt beskrivning av hur patientsäkerhetsarbetet har varit organiserat under det senaste året. De intervjuade uppfattar att det finns funktioner som har ett tydligt organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet, men som inte omnämns i riktlinjer eller patientsäkerhetsberättelsen. Det rör t.ex. vårdenhetschef och avvikellesamordnare.

Enligt vad som framkommit vid genomförda intervjuer så finns det på vissa kliniker vårdutvecklare med ansvar för patientsäkerhetsrelaterade frågor. Denna funktion tycks enbart finnas på vissa kliniker och det finns inte något forum eller struktur för att utbyta erfarenheter mellan vårdutvecklarna.

I övrigt ställer sig vissa av de intervjuade frågande till att funktioner lyfts fram i patientsäkerhetsberättelsen som de uppfattar har ett perifert ansvar vad det gäller patientsäkerhet exempelvis genom att ordna utbildning. Uppfattningen är att det i sådana fall finns fler funktioner som har ansvar för utbildning och som inte finns beskrivna.

Vid intervjuerna framkommer det också att det finns en varierad kunskap om vilket stöd som går att få från CL/CSSK-enheten eller vad deras uppdrag är. Vissa intervjuade ger uttryck för att det skulle vara önskvärt med ett stöd till verksamhetscheferna dit de kan vända sig för att få fram olika statistiska sammanställningar och underlag.

Vad det gäller organiseringen av patientsäkerhetsarbetet så visar granskningen att verksamheten saknar en mer enhetlig struktur för att driva det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att det bör finnas funktioner som stödjer verksamhetschefen i detta. Uppfattningen är också att befintliga forum inte används optimalt för att driva patientsäker-

hetsarbetet. De forum som finns upptas till stora delar av specifika frågor såsom vårdplatsituationen eller så används forumen för att utbilda eller säkerställa korrekt hantering av system såsom avvikelssystemet.

Mål och strategiarbete

Fullmäktige har i den strategiska planen för 2017-2019 tydliggjort att ett av de strategiska målen är "säker verksamhet". Till målet finns ett antal framgångsfaktorer identifierade och regionstyrelsen är utsedd som ansvarig för de definierade framgångsfaktorerna. Exempelvis finns framgångsfaktorn "stark patientsäkerhetskultur". Regionstyrelsen har tydliggjort att målet ska mätas genom den patientsäkerhetskulturmätning som genomförs.

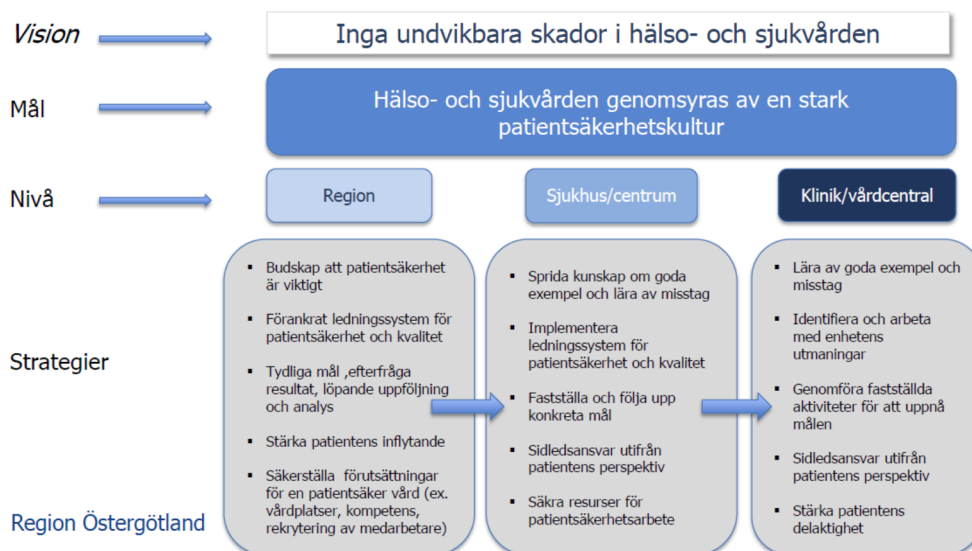
Fullmäktige tydliggör att arbetet med att skapa en säker verksamhet ska vara nära sammankopplat med övrig planering och styrning av verksamheter. De tydliggör också att frågan ska löpa från den patientnära verksamheten till högsta ledningen. Fullmäktige har även uttalat strategiska mål avseende trygg och ändamålsenlig vård. Hälso- och sjukvårdsnämnden har att hantera framgångsfaktorer som exempelvis; "God kvalitet i vårdens alla dimensioner i hela vårdkedjan" och "Patienter ska inte behöva drabbas av undvikbara vårdskador".

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har utifrån fullmäktiges mål och framgångsfaktorer tydliggjort vilka nyckelindikatorer som används för att värdera och analysera måluppfyllelsen. Det har också tydliggjorts när och hur uppföljning ska ske och rapportering går att finna i granskade delårsrapporter.

Vid genomförda intervjuer framkommer att regiondirektören för ett par år sedan gav Chefläkarenheten i uppdrag att ta fram en patientsäkerhetsstrategi. Patientsäkerhetsstrategin är presenterad för regionledningen men är inte politiskt beslutad.



Patientsäkerhetsstrategi



Patientsäkerhetsstrategin används i första hand under patientsäkerhetsdialogerna och är en del i uppföljningen. Det har funnits utmaningar med att nå ut med strategin och det framkommer i intervjuerna att kännedomen varierar. Kommunikationsplanen för patientsäkerhetsstrategin är enligt intervjuade vid CL/CSSK- enheten under revidering då den innehållit svagheter som behöver åtgärdas. Syftet med revideringen är att den ska bli enklare och mera kopplad till författnings- och ledningssystemet.

En del i styrningen av patientsäkerhetsarbetet är också upprättade riktlinjer avseende patientsäkerhet. Riktlinjerna är utfärdade av Ledningsstaben och rör samtliga medarbetare i regionen. I riktlinjerna finns beskrivet hur samtliga kliniker/vårdcentraler ska bedriva sitt patientsäkerhetsarbete. Enligt riktlinjerna ska handlingsprogrammet avseende patientsäkerhetsarbetet framgå av verksamhetsplanen. Något sådant handlingsprogram kan inte uppvisas av samtliga granskade kliniker och i de fall det finns så är det i varierad omfattning.

Vid ett par av intervjuerna lyfts kopplingen mellan arbetsmiljön och patientsäkerheten fram som något centralt att arbeta med. Arbetsmiljön som en variabel i patientsäkerhetsarbetet lyfts ej fram i strategin eller målen.

Vissa av de intervjuade ger uttryck för att det inom Region Östergötland har blivit tuffare att få tid att arbeta med strategiska patientsäkerhetsfrågor och att arbetet i allt högre grad upptas av mer akuta och operativa frågor rörande personal och vårdplatser. De intervjuade ute i verksamheten lyfter fram vikten av att ledningen visar intresse för patientsäkerhetsarbetet. Ledningens engagemang varierar enligt de intervjuade men uppfattningen är att det generellt skett en positiv förändring i synen på att göra avvikelser och att det sker i allt större omfattning.

2.1.2. Bedömning

Vår bedömning är att det delvis finns en god organisering av patientsäkerhetsarbetet. Bedömningen grundar vi på att det finns tydliga mål och strategier. Strategin för patientsäkerhet är dock inte fullt ut förankrad i verksamheten och utgör inte någon tydlig styrning.

Det finns riktlinjer för hur patientsäkerhetsarbetet ska ledas, hur det organisatoriska ansvaret ska fördelas samt hur arbetet ska följas upp. Patientsäkerhetsberättelsens beskrivning av det organisatoriska ansvaret följer dock inte vad som är beskrivet i riktlinjerna. Varken riktlinjer eller patientsäkerhetsberättelsen ger en samstämmig bild med hur den organisatoriska ansvarsfördelningen är i praktiken.

Samtliga kliniker har inte en tydlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet i verksamhetsplanen.

2.2. Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är patientfokuserat?

Enligt det nationella ramverket för patientsäkerhet så innebär ett patientfokuserat patientsäkerhetsarbete att högsta ledningen skapar förtroende hos medborgare och medarbetare, utarbetar former för medborgardialog samt underlättar för medborgarna att framföra klagomål och synpunkter. Det handlar också om att erfarenheter och synpunkter systematiskt sammanställs och tas tillvara i förbättringsarbeten samt att det skapas rutiner

för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med en önskad händelse. För den verksamhetsnära ledningen på olika nivåer handlar det dessutom om att visa öppenhet kring risker och skador i vården.

Av Patientsäkerhetslagen (2010:659) i 3 kap. 4 § framgår att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Från och med 2018-01-01 är vårdgivaren också enligt lag skyldig att hantera klagomål och synpunkter. Regionfullmäktige klargör i ett av de strategiska målen att delaktiga och nöjda patienter är prioriterat. Genom två av framgångsfaktorerna tydliggörs vidare att vården behöver intensifiera sitt arbete för att öka patient- och närståendemedverkan.

2.2.1. Iakttagelser

I verksamhetsplanerna för respektive centrum finns nyckelindikatorn ”andel kliniker som har genomfört strukturerade förbättringsarbeten med patient- eller närståendemedverkan”. Nyckelindikatorn ska följas upp i samband med årsredovisningen.

2016 års patientsäkerhetsberättelse innehåller en kortare beskrivning av patientens medverkan än det som finns i patientsäkerhetsberättelsen från 2015. Det anges bland annat att patientmedverkan eftersträvas aktivt vid händelseanalyser men även inom en del vårdprocessarbeten exempelvis cancervård. Det framgår att patientmedverkan är ett utvecklingsområde som kommer lyftas fram under kommande år. I klinikernas patientsäkerhetsberättelser omnämns inte patientmedverkan som en del av patientsäkerhetsarbetet.

Region Östergötland har dokumenterade rutiner gällande hantering av synpunkter och klagomål från patienter och närstående. På regionens hemsida samt på 1177.se kan man lämna synpunkter på vården. Lämnade synpunkter landar direkt i avvikelshanteringssystemet Synergi. Enligt genomförda intervjuer så används dock möjligheten att lämna synpunkter via 1177 eller hemsidan i väldigt liten omfattning. Patienter vänder sig vanligtvis direkt till personalen. Enligt de intervjuade så delger personalen allvarligare synpunkter till närmaste chef, de förs in i avvikelse systemet och hanteras. De brister som framförs avseende avvikelser är att avvikelser inte analyseras på en aggregerad nivå.

Ett annat arbetssätt regionen använder sig av sedan 2010 är medborgar- och brukardialoger. De synpunkter och erfarenheter som invånarna ger politikerna i dialogerna används för att förbättra vården och servicen i Region Östergötland. Syftet är att skapa en mer jämlik vård och service utifrån de behov som befolkningen i länet har. Efter genomförd medborgardialog görs en analys som resulterar i åtgärder.

Vid intervjuerna framkommer att vissa kliniker infört ett nytt arbetssätt som innebär att ronder och rapportering sker med patientens medverkan (bed-side rapportering och bed-sideronder). Det förekommer också att klinikerna använder sig av enkäter som patienten får besvara antingen när de lämnar sjukhuset alternativt några månader efter sjukhusvistelsen. En av de granskade klinikerna har använt sig av patientintervjuer vid markörsbase-rad journalgranskning¹ i realtid (PIR) för att ta del av erfarenheter. Syftet med genomförandet är att identifiera patientsäkerhetsrisker och vad som orsakat dessa.

¹ Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar journaluppgifter, som kan indikera en skada och därefter bedömer man om en skada inträffat och om den i så fall var undvikbar, det vill säga en vårdskada

Arbetet med att få med patienters synpunkter och erfarenheter i det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver förbättras enligt de intervjuade.

2.2.2. *Bedömning*

Vi bedömer att det delvis har vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är patientfokuserat.

Vi grundar vår bedömning på att regionen själva framhåller att det systematiska arbetet inte är tillräckligt och att det är ett område som måste utvecklas mer inom de närmaste åren. Patienternas medverkan för att göra vården säkrare används i liten utsträckning och kan användas mer.

Vidare bör de synpunkter som idag på olika sätt lämnas till vården sammanställas och analyseras på en aggregerad nivå för att sedan ligga till grund för eventuella förändringar med syfte att göra vården säkrare.


2.3. *Har det vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är kunskapsbaserat?*

Enligt det nationella ramverket för patientsäkerhet så innebär ett kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete att högsta ledningen systematiskt följer upp och utvärderar det strategiska patientsäkerhetsarbetet samt integrerar patientsäkerhet i kompetensutveckling, arbetsmiljö, ekonomi, IT och e-hälsa. För den verksamhetsnära ledningen handlar det om att skapa struktur och förutsättningar för en patientsäkerhetskultur som stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det handlar även om att kontinuerligt samla in, analysera och agera på avvikelser.

2.3.1. *Iakttagelser*

Regionstyrelsen har ansvar för att vården bedriver ett systematiskt arbete med att öka patientsäkerheten och medarbetarnas medvetenhet om patientsäkerheten. Framgångsfaktorn är *god patientsäkerhetskultur*.

I delårsrapporten 08 för regionstyrelsen beskrivs under framgångsfaktorn *stark patientsäkerhetskultur* arbetet kring satta resultatmål, t.ex. för att öka följsamheten till gällande klädregler och hygienrutiner. Vad som inte beskrivs närmare är resultatet av nyckelindikatorn. Resultatet har från år 2016 till år 2017 försämrats från ett värde på 51 procent till 25 procent.

Nyckelindikator	Föregående utfall	Målvärde	Utfall	Måluppfyllelse
Andel verksamhetsenheter (kliniker eller vårdcentraler) som uppnår index ≥ 70 i medarbetar/patientsäkerhetskulturenkäten avseende frågan "gör en bedömning av patientsäkerhetsnivån på din arbetsplats"	2016: 51 %	≥ 55 %	2017: 25 %	

Det framkommer inte heller i delårsrapporten med tydlighet vilka nya åtgärder som vidtas för att nå ett bättre resultat framåt.

Det väsentliga i ett kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete är att ta vara på de kunskaper som genereras och omsätta dessa till handlingar. I enlighet med Region Östergötlands riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet så ska uppföljning av patientsäkerhetsarbetet ske genom patientsäkerhetsdialoger. Dessa genomförs på klinikerna ungefär var artonde månad. Verksamheterna uppger att de inte hinner följa upp patientsäkerhetsarbetet i tillräcklig utsträckning. Det beror bland annat på att det är mycket uppföljningar som sker på flera håll samtidigt.

Spridning av information om patientsäkerhet sker på olika sätt och det finns många olika forum för medarbetare men främst för cheferna. På kliniknivå är det främsta forumet för förmedling av information arbetsplatsträffarna (APT). På Universitetssjukhuset i Linköping finns det också ett forum som heter "Daglig styrning och Utveckling" där vårdenhetschefer deltar. Forumet är två gånger i veckan och syftar till att sprida kunskap, nätverka samt fånga upp problematik utifrån vårdplantssituationen på sjukhusen. Andra forum för chefer är verksamhetschefs- samt vårdenhetschefsträffar. Vid en intervju framkommer det att de trots flera olika forum har svårigheter med att hinna med det kunskapsbaserade arbetet avseende patientsäkerhet.

Gemensamt för alla kliniker är att det finns en avvikelsesamordnare som går igenom alla skrivna avvikelser på kliniken. Sammanställningar av avvikelserna sker och förmedlas ofta per e-post eller på APT med information om vad som hänt men de intervjuade saknar förslag på åtgärder i återkopplingen. De intervjuade upplever dock att avvikelser inte noteras i tillräcklig grad vad gäller risker som hade kunnat medföra vårdskada. En högre grad av rapporterade risker där åtgärder sedan vidtas skulle kunna innebära att skador undviks. Det sker kvartalsvisa träffar för avvikelsesamordnare. I huvudsak upptas forumet av informations-spridning avseende systemet Synergi och frågor som rör den praktiska hanteringen.

I nationella ramverket för patientsäkerhet anges det att hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta utifrån evidensbaserade kunskapsunderlag och riktlinjer. Det framkommer i intervjuerna olika åsikter angående riktlinjer inom regionen. Regionen har nu bytt IT-system till Dokumenta där alla riktlinjer ska vara samlade men enligt intervjuerna har det inte fungerat ändamålsenligt. Alla dokument är inte samlade på ett ställe och några framhåller att arbetet med att byta system har varit tidskrävande. Enligt de intervjuade har personalsituationen en stor del i att uppdateringar av PM och riktlinjer försenats.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet avseende om det har vidtagits åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet är kunskapsbaserat delvis är uppfyllt.

Vi grundar vår bedömning på att uppföljning sker systematisk vid patientsäkerhetsdialoger var 18:e månad, men att det utöver patientsäkerhetsdialogen saknas utrymme på befintliga forum för att diskutera patientsäkerhet ur ett bredare perspektiv och med tydligt fokus på att göra vården säkrare. Regionen saknar ett systematiskt arbete för att fånga upp goda exempel och misstag för att lära av varandra. Vår bedömning är också att regionstyrelsen bör tillse att åtgärder vidtas för att målet avseende patientsäkerhetskulturen uppnås. Vi ser det som allvarligt att mätningarna 2017 indikerar att verksamheten befinner sig längre ifrån målet än de gjorde vid mätningarna 2016.

Vidare grundar vi vår bedömning på att uppdateringar av gällande PM och riktlinjer är ett eftersatt område.

2017-12-06
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen

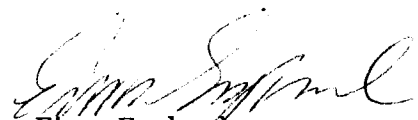
För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjuk-
vårdsregionen
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Granskning av IT-säkerhet – hälsokontroll cyber security – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende styrningen och kontroll för en effektiv hantering av IT. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Regionen har sammantaget till viss del en tillfredsställande intern styrning och kontroll för en effektiv och säker hantering av IT.
- Regelverk, rutiner och processer är väl utvecklade och definierade.
- Den tekniska IT-säkerheten är väl etablerad och fungerar tillfredsställande men efterlevnaden av rutiner och regelverk kan förbättras.
- Granskningen visar att det finns ett stort personberoende inom IT-säkerhetsområdet.
- Skyddsåtgärderna behöver stärkas bland annat vad det gäller insatser för att upptäcka sårbarhet och säkerhetsincidenter. Kunskapen om detta behöver stärkas.


Anders Senestad
Ordförande


Eiwor Englund
Vice ordförande

www.pwc.se

Revisionsrapport

Granskning IT-säkerhet - hälsokontroll cyber security

Region Östergötland
December 2017

Niklas Ljung

Staffan Huslid

Mattias Gröndahl

December 2017

pwc

Granskningens bakgrund, inriktning och metod

Bakgrund och syfte

Ett fungerande IT-stöd är av stor betydelse för Region Östergötlands verksamhet. Den moderna informationsteknologin ger möjligheter att höja kvalitet, säkerhet och effektivitet i de olika verksamheterna samt sprida och öka tillgängligheten till information. IT är en förutsättning för att verksamheten skall fungera på ett effektivt och säkert sätt. Ett av de mest verksamhetskritiska systemen är vårdinformationssystemet Cosmic.

Rörligheten bland IT-användare är stor och önskan om tillgång till IT-tjänster från allmänhet och olika yrkesgrupper ökar.

Den snabba utvecklingen av tekniken innebär att det kommer nya risker som måste beaktas genom ökat användande av mobiltelefoner, läsplattor, appar, sociala medier m.m.

Brister i IT-säkerheten medför även risker att verksamheten och dess kunder och intressenter kan påverkas mycket negativt.

Regionens revisorer har utifrån revisionsplanen för 2017 beslutat att genomföra en granskning av IT-säkerheten. De förtroendevalda revisorerna Torbjörn Pettersson och Jan Widmark har följt granskningen.

Revisionsfråga

Finns en tillfredställande intern styrning och kontroll för en effektiv och säker hantering av IT?

Kontrollmål

- Finns aktuella och ändamålsenliga styrande dokument och riktlinjer som är tillräckligt införda och implementerade?
- Sker uppföljning kring efterlevnad av de styrande dokumenten?
- Är IT-driften och användningen av IT tillräckligt fri från störningar och incidenter?
- Finns det mekanismer för identifiering av hot mot IT-miljön?
- Har regionen infört tillfredställande skyddsåtgärder?
- Har regionen skapat rätt förutsättningar för att upptäcka säkerhetsincidenter?
- Finns adekvat förmåga att hantera säkerhetsincidenter?
- Har regionen en godtagbar förmåga att återställa IT-stödet efter en incident?
- Finns det en säkerhetsmedvetenhet hos Region Östergötlands medarbetare avseende bluffmail?
- Har de utvecklingsområden som konstaterats vid tidigare granskningsinsatser omhändertagits?

Avgränsning och metod

Avgränsning

I tid avgränsas granskningen till år 2017 och till granskningens kontrollfrågor.

Genomförande

Genom en säkerhetsgranskning bestående av två delar har Region Östergötlands tekniska miljö, dess administrativa rutiner och organisatoriska struktur gått igenom. Säkerhetsgranskningen har gjorts för att identifiera säkerhetsbrister ur ett tekniskt, administrativt och organisatoriskt perspektiv inriktat mot informationssäkerhet. Svaren på kontrollfrågorna indikerar hur bra Region Östergötland uppfyller önskvärda krav på informationssäkerheten.

Materialet som används har utgått från SANS/CIS 20 (cisecurity.org) och ISF (securityforum.org). De omfattande kontrollerna och vägledningen hjälper till med aktuella och framväxande informationssäkerhetsfrågor. Allt sammanslaget gör det möjligt för Region Östergötland att reagera i den snabba takt som hot, teknik och risker utvecklas.

Informationsinsamling

Det har genomförts både workshops och enskilda intervjuer med personal från IT-avdelningen och utvalda resurser från förvaltningarna och den centrala regionledningen. Arbetet har utförts med ett stort antal frågeställningar inom teknik, administration och organisation.

Fas 1 – Säkerhetsgranskning och datainsamling

Vi börjar med att genomföra workshops och intervjuer. Därefter bearbetas inhämtad fakta och kontrollområden väljs ut för penetrations- och applikationstesterna.

Vi läser in oss på miljön, förbereder verktyg samt samverkar med uppdragsgivarens IT-organisation för att inte riskera att förstöra miljö och/eller information.

Granskningen genomförs sedan enligt följande:

- Genomförande av workshop med teknisk personal.
- Genomförande av workshop med ledning.
- Eventuellt kompletterande intervjuer.
- Genomgång av uppsättning av system.
- Installation av datainsamlingsverktyg.
- Tekniska granskningar och tester i uppdragsgivarens IT-miljö (penetrationstest).
- Vid behov sker adaptiva (specialanpassade) tester beroende på vad som kommer fram under arbetet.

Fas 2 – Phishingattack

Med hjälp av öppen information som vi kan finna på Region Östergötlands webbportal skapar vi vår phishingattack (nätfiskeattack). Vi gör en utbildande typ av attack där de användare som klickar på vår länk får kortfattad information om vad nätfiske innebär, samt hur användare kan upptäcka en sådan typ av attack.

Sammanfattade bedömning och svar på revisionsfråga samt granskningens kontrollmål

*Vår samlade revisionella bedömning är att Region Östergötland **delvis** har en tillfredställande intern styrning och kontroll för en effektiv och säker hantering av IT.*

Regelverk, processer och rutiner är väl utvecklade och väl definierade. Den tekniska IT-säkerheten är väl etablerad och fungerar tillfredsställande men efterlevnaden av rutiner och regelverk kan förbättras. Det finns ett stort personberoende och verksamheten klarar inte av att nyckelpersonal försvinner. Det finns få personer som i en krissituation skulle kunna fatta de riktiga besluten. IT-säkerhet måste etableras bättre i inköpsprocessen. Krishantering kopplat till IT-incidenter bör övas.

Kontrollmål 1 - Finns aktuella och ändamålsenliga styrande dokument och riktlinjer som är tillräckligt införda och implementerade?

- Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Region Östergötland har aktuella och ändamålsenliga dokument och riktlinjer på plats.

Kontrollmål 2 - Sker uppföljning kring efterlevnad av de styrande dokumenten?

- Vi bedömer kontrollmålet som **ej** uppfyllt.

Region Östergötland behöver ta fram en process med rutiner för hur uppföljning skall genomföras. Det är en förbättringspunkt som flera av de intervjuade har påpekat.

Kontrollmål 3 - Är IT-driften och användningen av IT tillräckligt fri från störningar och incidenter?

- Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Region Östergötland har en låg nivå av driftstörningar och har en god uppföljning på de driftstörningar som inträffar.

Kontrollmål 4 - Finns det mekanismer för identifiering av hot mot IT-miljön?

- Vi bedömer kontrollmålet som **delvis** uppfyllt.

Region Östergötland har en del system som t.ex. upptäcker om skanning av nätet sker men Region Östergötland brister i möjlighet till att identifiera och hantera säkerhetsincidenter. Det behöver göras mer för att i tid kunna identifiera hot mot IT-miljön.

Kontrollmål 5 - Har regionen infört tillfredställande skyddsåtgärder?

- Vi bedömer kontrollmålet som **ej** uppfyllt.

Region Östergötland behöver investera i både tid, funktion och resurser för att uppnå detta kontrollmål. Region Östergötland bör t.ex. implementera låsning av MAC-adresser för att försvara för utomstående maskiner att få tillgång till nätverket.

Kontrollmål 6 - Har regionen skapat rätt förutsättningar för att upptäcka säkerhetsincidenter?

- Vi bedömer kontrollmålet som **ej** uppfyllt.

Region Östergötland har en framtagen plan för hur detta skall kunna förbättras. Dock krävs det att Region Östergötland investerar i både tekniska lösningar och administrativa processer för att kontrollmålet skall uppnås.

Kontrollmål 7 - Finns adekvat förmåga att hantera säkerhetsincidenter?

- Vi bedömer kontrollmålet som **ej** uppfyllt.

Region Östergötland behöver verktyg för att identifiera och hantera sårbarheter i IT-infrastruktur och applikationer. Det är nödvändigt att investera i verktyg för att kunna identifiera otillåten trafik i IT-infrastrukturen.

Kontrollmål 8 - Har regionen en godtagbar förmåga att återställa IT-stödet efter en incident?

- Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Region Östergötland har en off-line backup placerad på en annan geografisk plats. Det finns goda rutiner för hur information och system skall återställas.

Det behöver utredas huruvida det finns behov av att ha bättre redundans av Region Östergötlands känsliga IT-system.

Kontrollmål 9 - Finns det en säkerhetsmedvetenhet hos Region Östergötlands medarbetare avseende bluffmail?

- Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Vi grundar vår bedömning på att endast 3,95% av de användare som erhållit bluffmailet klickat på länken. Detta är en relativt låg siffra. Vi vill dock påpeka att det vid en sådan här typ av attack räcker att endast en användare klickar på länken för att attacken skall riskera att få allvarliga konsekvenser.

Kontrollmål 10 - Har de utvecklingsområden som konstaterats vid tidigare granskningsinsatser omhändertagits?

- Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Region Östergötland har åtgärdat merparten av de utvecklingsområden som uppmärksammades vid en tidigare granskning.

Resultat säkerhetsgranskning

Tekniska säkerhetskontroller

Säkerhetsgranskningen utgår från två informationssäkerhetsmodeller

- SANS/CIS20 används för de tekniska kontrollerna. Beskrivs med säkerhetshjulet uppdelad i 20 olika delar med omdöme från illa (röd) till bra (grön)
- ISF Standard plattform används för de administrativa och organisatoriska säkerhetskontrollerna. Deras nivåer beskrivs i ett stapeldiagram baserad på de olika kontrollerna och den nivå av uppfyllnad som identifierats.

Resultat

Resultatet av analysen kommer presenteras med hjälp av 'säkerhetshjulet'. Det består av alla de kritiska kontrollerna. Säkerhetshjulet redovisas i bilaga 1 med bedömningskala. Det totala resultatet är att det behöver mer eller mindre investeras i alla de 20 tekniska kontrollerna. Det som är viktigast är att åtgärda de sju första punkterna i säkerhetshjulet. Vid åtgärder där får man en förbättring av sitt tekniska skydd med upp till 80%. Det ger regionen större möjlighet att förhindra angrepp från antagonister.

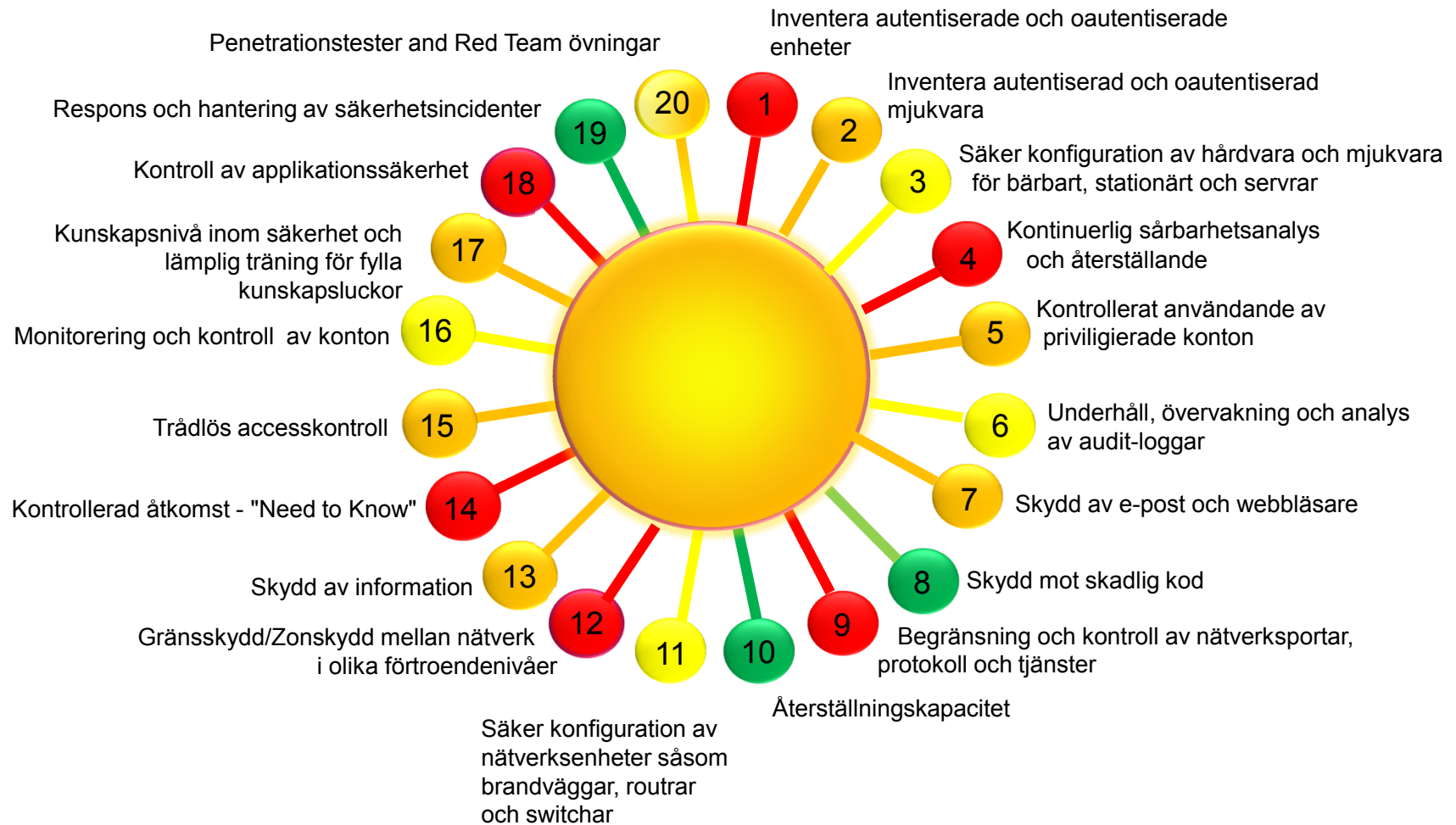
Regionen bör i första hand prioritera nedanstående:

CSC1	Implementera en aktivt automatiserat "asset" verktyg för både privat och publikt nätverk. Implementera ett automatiserat inventeringsverktyg och använd det till att skapa ett preliminärt inventeringsunderlag över vilka enheter som är anslutna till det publika och privata nätverket.
CSC2	Behöver se till att få kontroll över vilka applikationer som ska få användas
CSC4	Ett införande av en funktion för genomföra sårbarhetsanalyser som är både aktiv passiv är önskvärt att införskaffa. Det kan genomföras genom att köpa en MSS-tjänst eller införskaffa en egen lösning
CSC14	Införskaffa ett skydd för informationen. DLP och en krypteringslösning skulle till stor del åtgärda den här punkten. Det kan genomföras genom att köpa en MSS-tjänst eller införskaffa en egen lösning
CSC18	Införa kontroll av applikationsskapande och utföra tester att applikationerna uppfyller accepterad säkerhetsnivå

Regionen bör i andra hand prioritera följande:

CSC5	Se till att genomföra en inventering och begränsa antalet administrativa konton. Införa någon lösning för hantera inloggningsförfarandet utan att användaren har kännedom om det. Implementera lösning för hantera 2FA. Åtminstone se till att lösenorden för administrativa arbetsuppgifter är minst 14 tecken långa. Bör skapa dedikerade jumpservrar eller ansluta med hjälp av en portallösning för hantera administrativa uppgifter.
CSC12 & CSC14	Implementera IPS och mikrosegmentering för kontrollera och begränsa kommunikationen till endast legitim nätverkstrafik.
CSC16	Införa någon sorts lösenordsövervakning. Införa 2FA lösning. Implementera automatisk skärmläckare efter förbestämd tid.

Kritiska tekniska säkerhetskontroller



Administrativa och organisatoriska säkerhetskontroller

Säkerhetsgranskningen utgår från två informationssäkerhetsmodeller

- SANS/CIS20 används för de tekniska kontrollerna. Beskrivs med säkerhetsjulet uppdelad i 20 olika delar med omdöme från illa (röd) till bra (grön)
- ISF Standard plattform används för de administrativa och organisatoriska säkerhetskontrollerna. Deras nivåer beskrivs i ett stapeldiagram baserat på de olika kontrollerna och den nivå av uppfyllnad som identifierats.

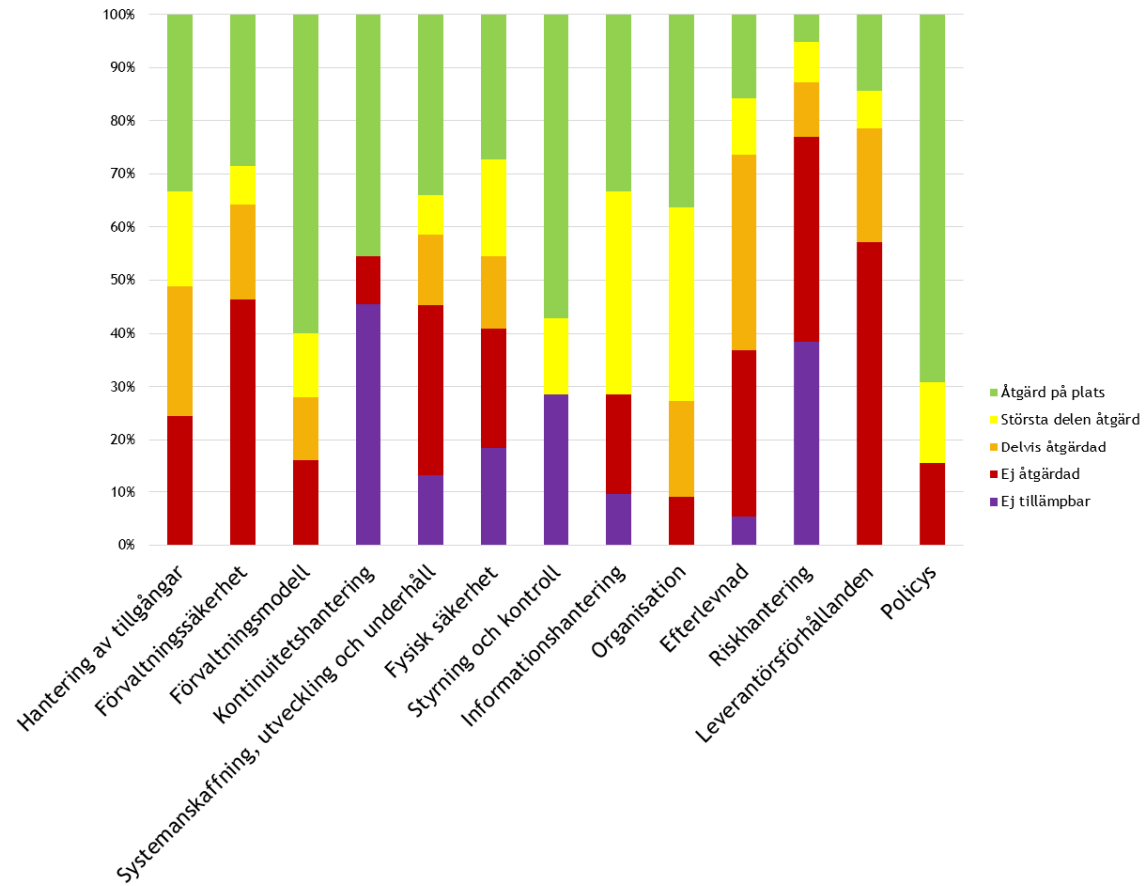
Resultat

Det totala resultatet är att det behöver investeras i alla de olika kontrollerna. När det gäller administrativa och organisatoriska säkerhetskontroller ger det mer mervärde om man åtgärdar de olika kontrollerna parallellt. Bättre höja nivån lite i varje kontroll än fokusera på en i taget. I första hand ta hand om de här kontrollerna

CSC21	Säkerställ att det finns ett centralt inventariesystem som innehåller alla enheter, system och tjänster. Säkerställ via avtal och uppföljning med stickprov att all information och alla system hanteras i enlighet med dess klassificering, både vid interna och externa leveranser. Säkerställ att lagringsmedia hanteras och avvecklas i enlighet med dessa informationskänslighet.
CSC22	Säkerställ att det i förändringsrådet. Ev CAB finns en formell rutin för att godkänna beslutsunderlaget där alla element i beslutsunderlaget skall tas i beaktande och där särskilt stor vikt skall läggas vid info-säk krav och eventuell påverkan av informationssäkerheten. Säkerställ att inga förändringar godkänns utan att det finns ett uttömmande dokumenterat beslutsunderlag som godkänns och fastställs i ett säk-forum.
CSC25	Inköp ska vara delaktiga i uppdrag och projekt redan från början. Behöver se till att säkerhetsaspekterna tas med vid inköp och upphandlingar. Hänsyn måste tas till Informationssäkerhetspolicy och riktlinjer för informationssäkerhet
CSC30	Verifiera om alternativa eller dubbla systemkomponenter i viktiga IT-anläggningar finns? Om inte gör det, gör en analys på om inte sådana lösningar för implementeras.
CSC31	Se till att det finns en större möjlighet deltagande från info- och IT-säk i riskhanteringen på RÖ.
CSC32	Skapa en informationssäkerhetsfunktion som hjälper för upphandlingsgruppen att värdera och validera varje leverantör som deltar i upphandlingen. Inför en process att validera för varje leverantör hanterar säkerhetsfrågor? Skapa en policy för inköp och användning av molntjänster. Se till att den är dokumenterad och godkänd av regionledningen? Skapa ett avtal som omfattar alla klausuler som gäller för standardleverantörskontrakt och innehåller särskilda bestämmelser i samband med användningen av molntjänster?

21	Hantering av tillgångar
22	Förvaltningssäkerhet
23	Förvaltningsmodell
24	Kontinuitetshantering
25	Systemanskaffning, utveckling och underhåll
26	Fysisk säkerhet
27	Styrning och kontroll
28	Informationshantering
29	Organisation
30	Efterlevnad
31	Riskhantering
32	Leverantörsförhållanden
33	Policy

Administrativa och organisatoriska säkerhetskontroller



Genomförande och resultat av penetrationstest

Syfte

Det huvudsakliga syftet med arbetet var att utvärdera Region Östergötlands cybersäkerhetsförmåga och potentiella effekter av ett intrång, samt förmåga att kunna detektera ett intrång. En del i detta arbete är att identifiera sårbara system och undersöka huruvida en angripare skulle kunna exploatera dessa. Hot som ansågs reella innefattade bland annat förlust av känslig data, otillbörlig påverkan och störande av drift. I förlängningen skall det här arbetet leda till en höjd övergripande teknisk säkerhet i Region Östergötlands IT-miljö.

Avgränsning

Arbetet omfattar endast tekniska tester av en begränsad mängd servrar och tjänster. Ytterst är det tiden som avgör vad som inkluderas i testerna. Endast de mest uppenbara bristerna kommer att undersökas vidare. Arbetet som ligger till grund för denna rapport skall därför inte värderas som en fullständig sårbarhetsgranskning av Region Östergötlands IT-miljö.

Resultat

Intrångsförsök genomfördes och följande typer av sårbarheter identifierades:

- Hög risk – 8 st., varav flera fanns i flera system.
- Medel risk – 1 st.

(Se bilaga 2 för närmare beskrivning och riskgradering.)

PwC kommer att lämna en detaljerad sekretessbelagd rapport direkt till Region Östergötlands IT-säkerhetsansvarige i vilken alla sårbarheter kommer att beskrivas detaljerat. Vidare innehåller rapporten åtgärdsförslag där Region Östergötland kan se hur de kan agera för att täppa till sårbarheterna.

Slutsats

Region Östergötland har en god IT-säkerhet, dock finns det ett antal åtgärder som kan genomföras för att höja den totala säkerheten hos Region Östergötland till en högre nivå.

Vi rekommenderar att regionen ser över rutiner för säkerhetsuppdateringar av tredjepartsprodukter så att även dessa får säkerhetsuppdateringar. En god rutin är att man internt med jämna mellanrum genomför en sårbarhetsanalys på sina resurser, antingen genom att ta in hjälp externt eller genom att köpa in produkter som kan automatiseras och ge bra rapporter med jämna intervaller.

Utökad segmentering av nätverk och begränsning av möjligheten att kommunicera mellan dem, skulle förhindra en angripare från att enkelt nå kritiska resurser. Angreppskomplexiteten som skulle krävas för att utföra intrången i denna rapport skulle öka avsevärt samtidigt som det skulle bli svårare att undvika detektering. Exempelvis bör inte användarnas klientdatorer kunna nå vilka servrar som helst. Endast de nödvändigaste portarna och resurserna bör vara tillgängliga för varje serversegment.

Lösenordspolicyn bör uppdateras i kombination med att man genomför en utbildning i "security awareness" för användarna.

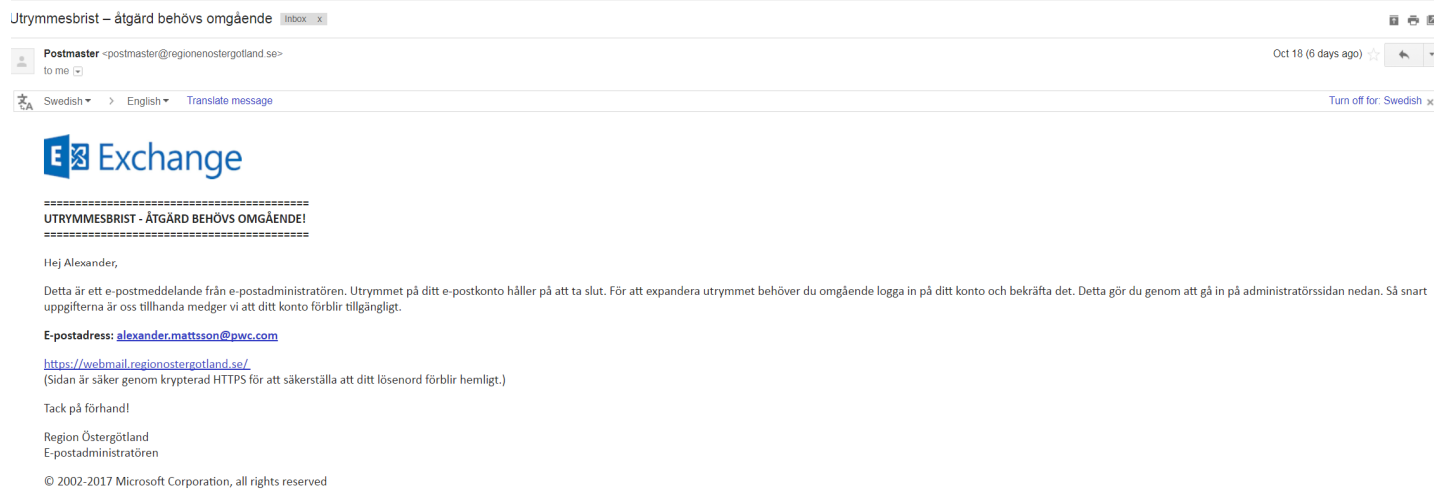
Vidare rekommenderar PwC att regionen implementerar lösningar för att detektera avvikande användarbeteende. Detta för att ytterligare kunna identifiera när ett användarkonto används i ett skadligt syfte. Exempel på tillfällen då en sådan mekanism skulle kunna varna administratörer kan vara då användare loggar in från okända IP-adresser vid avvikande tider eller när de ansluter till andra resurser än vanligt. Det finns även möjlighet att identifiera när en *Pass-The-Hash*-attack utförs vilket idag är en vanligt förekommande attack vid angrepp mot liknande miljöer.

Genomförande och resultat av phishingattack

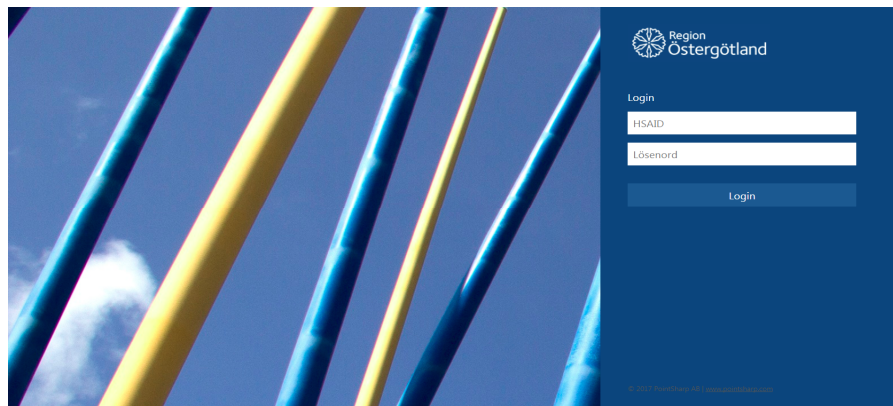
En av de vanligaste attackerna som görs idag är så kallade nätfiskeattacker eller phishingattacker. Dessa attacker går ut på att angriparen försöker att få ut känsliga uppgifter så som användarnamn, lösenord, personnummer och kontonummer. Angriparen kan alternativt försöka att infektera målets dator med skadlig kod för att få en väg in i organisationens nät. Ett exempel på en nätfiskeattack med större omfång var den mot Postnord i september 2015.

Vi började med att samla in information som fanns tillgänglig på Region Östergötlands hemsida, www.regionostergotland.se. Då detta test riktar sig mot användarnas medvetenhet gällande IT-säkerhet så valde vi att efterfråga e-postadresser. På detta sätt fick vi fler e-postadresser än om vi skulle scanna hemsidan efter adresser. Fler adresser ger ett resultat som med större precision visar användarnas medvetenhet.

När vi hade valt ut ett tema för attacken satte vi upp en domän med namnet **regionostergotland.se** vilket är relativt likt regionens egen domän **regionostergotland.se**. Till domänen skapades en e-postadress **postmaster@regionostergotland.se** med avsändarnamn **Postmaster**. Denna användes sedan för att skicka ut mailet. I det mail som skickades ut ombads användaren att omgående logga in på sin webbmail genom att följa en länk. Det mail som skickades ut ser ut så här:



Med hjälp av de e-postadresser vi fick och den öppna informationen vi påträffade på regionens webbportal skapade vi vår nätfiskeattack. Vi valde att göra en typ av attack där de användare som klickar på vår länk kommer till en inloggningssida som är identisk med Region Östergötlands sida.



Där får användaren en möjlighet att skriva in sina inloggningsuppgifter. Oavsett om användaren skriver in dem eller inte så kan användaren klicka på Login och på så vis komma till vår landningssida. På vår landningssida får användaren lite kort information om vad nätfiske innebär, samt hur man som användare kan identifiera en sådan attack. Dessutom står det att just den här attacken utförs i ett samarbete mellan Region Östergötland och PwC. Landningssidan ser ut så här:

The screenshot shows a PwC website landing page for Sweden. The header includes the PwC logo, a search bar with 'Sverige' and 'Search' text, and a navigation menu with items like 'Tjänster', 'Branschexpertis', 'Företagare', 'Publikationer', 'Kalendarium', 'Karriär', 'Om PwC', and 'Login MyBusiness'. A secondary navigation bar lists 'Internationella PwC-siter'. The main content area is titled 'Cyber Security' and 'Det här är ett test av en phishingattack'. It features a large red octagonal sign with the word 'STOPP' in white. Below the sign, the text reads: 'Det här var bara ett test! Region Östergötland i samarbete med PwC genomför ett test för att se hur pass sårbara vi är för attacker med s.k. nätfiske (bedrägeriförsök via internet där utomstående bl.a. försöker komma över kontouppgifter eller placera virus på våra datorer och nätverk). Vi kommer att utvärdera testet och utifrån utfallet ta fram åtgärder för att skydda våra interna system och den mycket känsliga information vi hanterar. Har du frågor kring detta, kontakta Richard Rystedt, IT-Säkerhetsansvarig region Östergötland. När man erhåller e-post likt det som skickades ut i det här fallet är det bra att vara på sin vakt. Bedragare försöker ofta efterlikna seriösa aktörer och det är lätt hänt att man klickar på en länk man inte borde klickat på. Antingen kan datorn smittas med skadlig kod eller så kan man luras att uppgive känsliga uppgifter så som användarnamn, lösenord, personuppgifter och kreditkortsinformation. Nu vet du hur lätt det är att luras att klicka på en länk likt denna. Nedan kommer en kort lista med saker att titta på när du får epost som du inte väntar dig.' To the right, there is a profile card for Ronald Binnerstedt, Senior Manager, Cyber Security, with an 'E-mail' link. Below the profile card is a red button that says 'Har du frågor om IT-säkerhet? Låt oss kontakta dig!'.

Av de 304 användare som mailet gick fram till, klickade 12 användare på vår länk. Det är 3,95% av alla som fick mailet. Det är en låg andel användare som potentiellt sett skulle kunnat bli av med känsliga uppgifter, alternativt fått sin dator infekterad med skadlig kod. Vid en sådan här typ av attack kan det dock räcka med att endast en användare blir av med inloggningsuppgifter alternativt får sin dator infekterad med skadlig kod för att attacken skall få allvarliga konsekvenser.

Det vi kan se vid den här phishingattacken är att vi har fått 6 stycken mail från anställda som undrar varför de inte kan komma åt länken, vilket talar för att domänen blivit blockerad. Det påvisar också att användarna själva inte genomskådat att det rör sig om en phishingattack.

Totalt sett fick den attack vi genomförde ett relativt lågt utslag vilket med stor sannolikhet har att göra med de säkerhetsimplementationer som Region Östergötland använder sig utav. Vi kan också se att de användare som har klickat på länken har samtliga gjort det från en iPhone. Detta talar för att domänen inte blockeras för iPhone-användare.

Bilaga 1 - Bedömningskala säkerhetsgranskning

Gradering	Kulfärg	Procent uppfyllt (%)	Beskrivning
Fullt uppnått	Grön	100-75	Uppnått alla delkontroller i säkerhetskontrollen
Största delen uppnått	Gul	74-50	Uppnått mer än hälften av delkontrollerna i säkerhetskontrollen
Mindre än hälften uppnått	Orange	49-26	Uppnått färre än hälften av delkontrollerna i säkerhetskontrollen
Inte uppfyllt	Röd	25-0	Inte uppfyllt någon eller endast några få delkontroller i säkerhetskontrollen

Bilaga 2 - Riskgradering penetrationstest

Gradering	Beskrivning
Hög	En sårbarhet med hög risk är något man bör åtgärda omedelbart. Dessa sårbarheter är relativt lätta för en angripare att utnyttja och kan förse denne med full access till de berörda systemen.
Medel	En sårbarhet med medel risk är oftast svårare att utnyttja och ger inte samma tillgång till det drabbade systemet.
Låg	En sårbarhet med låg risk ger ofta information till en angripare som kan hjälpa denne i kartläggningen inför en attack. Dessa bör åtgärdas i mån av tid, men är inte lika kritiska som övriga brister.
Information	En teknisk eller administrativ brist som bör åtgärdas, eller ett förslag på förbättring.

2017-12-06

REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:

Regionstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till:

Patientnämnden

Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden

Regionutvecklingsnämnden

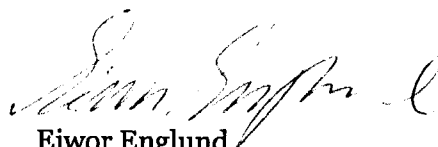
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Granskning av styrningen av primärvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende styrningen av primärvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwCs revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning att regionstyrelsens styrning av primärvården *inte är helt* ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses.
- Vi bedömer att den formella styrningen i form av riktlinjer och regler i styrdokument är tydlig och kommunicerad men att det i den praktiska tillämpningen av styrdokumentet finns brister som har en negativ påverkan på vården av personer med psykisk ohälsa.
- Vår bedömning är att detta många gånger dels är att hänföra till brister i dialogen mellan primärvården och den specialiserade psykiatriska vården, dels även till bristande tillgång till kontinuerlig och fast kompetens inom såväl den specialiserade psykiatrin som primärvården. Inom ersättningsystemet finns inte heller någon tydlig koppling till området psykisk ohälsa


Anders Senestad
Ordförande


Eiwor Englund
Vice ordförande

Revisionsrapport

Granskning av styrningen av primärvårdens ansvar avseende psykisk ohälsa

Anders Törnqvist
Johan Sjöberg

December 2017

Region Östergötlands
revisorer

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
1.1.	Svar på revisionsfrågan	1
1.2.	Granskningens kontrollfrågor	1
1.3.	Rekommendationer	3
2.	Inledning	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Syfte och revisionsfrågor	5
2.2.1.	Revisionsfråga	5
2.2.2.	Revisionskriterier	5
2.2.3.	Metod, genomförande	5
3.	Granskningsresultat	6
3.1.	Är regionens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?6	
3.1.1.	Iakttagelser	6
3.1.2.	Bedömning.....	7
3.2.	Är primärvårdens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?	7
3.2.1.	Mål och krav på primärvården	7
3.2.2.	Vårdbehov	8
3.2.3.	Tillgänglighet	9
3.2.4.	Bedömning.....	10
3.3.	Är styrningen av de enskilda vårdcentralernas utbud av resurser och kompetens ändamålsenlig och är utbudet av personalresurser och kompetens anpassat för att möta patienternas behov?	10
3.3.1.	Iakttagelser	10
3.3.2.	Bedömning.....	12
3.4.	Fungerar samverkan ändamålsenligt mellan primärvård och psykiatri?	13
3.4.1.	Iakttagelser	13
3.4.2.	Bedömning.....	17
3.5.	Fungerar det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom primärvården ändamålsenligt?	18
3.5.1.	Iakttagelser	18
3.5.2.	Bedömning.....	18

1. Sammanfattning

Granskningen ska besvara frågan om regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av primärvården är ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses. Inom ramen för granskningen har ett antal kontrollfrågor varit vägledande för den samlade bedömningen och svaret på revisionsfrågan.

1.1. Svar på revisionsfrågan

Är regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av primärvården ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses?

Vår samlade bedömning att regionstyrelsens styrning av primärvården inte är helt ändamålsenlig.

Vi bedömer att den formella styrningen i form av riktlinjer och regler i styrdokument är tydlig och kommunicerad men att det i den praktiska tillämpningen av styrdokumenterna finns brister som har en negativ påverkan. Vår bedömning är att kan hänföras till brister i dialogen mellan primärvården och den specialiserade psykiatriska vården samt till bristande tillgång på kontinuerlig och fast kompetens inom såväl specialiserad psykiatri som primärvård.

1.2. Granskningens kontrollfrågor

Är regionens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?

Vi bedömer att det inom ramen för vårdvalssystemet finns goda *organisatoriska* förutsättningar att tillgodose behovet av vård för personer med psykisk ohälsa.

Granskningen visar att det finns en viss organisatorisk åtskillnad i ansvarsfördelningen mellan beställarfunktionen (hälso- och sjukvårdsnämnden) och den egna produktionen (regionstyrelsen genom ansvaret för egen-regin), även om regionstyrelsen också har ett ansvar för helheten.

Är primärvårdens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?

Vår sammantagna bedömning är att primärvårdens organisation inte fullt ut kan sägas vara anpassad till patienternas behov.

Primärvårdens organisering och vårdcentralernas etablering styrs av förfrågningsunderlag och kravspecifikationer inom vårdvalssystemet och den etableringsrätt som finns inom ramen för detta. Förfrågningsunderlag och kravspecifikationer bedömer vi vara etablerade och kända.

Utifrån de uppgifter som erhållits synes det vara betydande skillnader i vårdbehov, mätt som andelen patienter som diagnostiserats för psykisk ohälsa, mellan de olika vårdcentralerna. Vissa skillnader kan även iakttas mellan länsdelarna.

Tillgängligheten till specialistvårdens resurser och kompetens uppfattas vara bristfällig. Enligt tillgänglig statistik nås dock målen för den nationella vårdgarantin för fler patienter än genomsnittet i riket.

Är styrningen av de enskilda vårdcentralernas utbud av resurser och kompetens ändamålsenlig och är utbudet av personalresurser och kompetens anpassat för att möta patienternas behov?

Vår bedömning är att styrningen och utbudet av de enskilda vårdcentralernas resurser och kompetens inte är helt ändamålsenlig.

Granskningen visar att det är stora skillnader mellan vårdcentralerna i utbudet av psykosocial kompetens. Skillnaderna väcker frågan om patienternas möjligheter att få vård på lika villkor.

Fungerar samverkan ändamålsenligt mellan primärvård och psykiatri?

Vår samlade bedömning är att samverkan mellan primärvård och psykiatri inte fungerar helt ändamålsenligt.

Remitteringsfrekvensen samt andel avvisade remisser varierar mellan vårdcentralerna. En analys bör enligt vår bedömning göras av orsakerna till variationen.

Styrdokument finns på plats som övergripande anger vilka behov som primärvården ska tillgodose. Krav uttrycks på vilka kompetenser som ska tillgodose behoven avseende bedömning och behandling. Med tanke på variationen i remitteringsfrekvens bedömer vi dock att en ytterligare precisering av kompetenser, behandlingsutbud och tillgång till bedömning och behandling är nödvändig i regelboken, för att på så sätt skapa bättre förutsättningar för ett inom regionen likvärdigt tillgodoseende av patienternas behov.

Den formella styrningen av samverkan bedömer vi vara tillfredsställande. I riktlinjerna finns en tydlig ansvarsfördelning beskriven mellan primärvården och psykiatrin. Dokumentens innehåll uppfattar vi även i väsentliga delar vara kända i verksamheten.

Beträffande ansvarsfördelning mellan första linjen och den specialiserade nivån finns tydliga riktlinjer. Verkligheten visar dock upp en annan bild. Vår bedömning är att brister finns i samverkan vilket sannolikt leder till att patienter inte får optimal vård. Vår bedömning är att dialogen behöver stärkas på såväl lednings- som verksamhetsnivå mellan första linjens vård och den specialiserade vården. Vi bedömer även att det behöver utvecklas gemensamma kriterier för hur remisser ska skrivas.

Fungerar det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom primärvården ändamålsenligt?

Vår bedömning är att det förebyggande arbetet många gånger av resursskäl inte prioriteras varför det inte kan sägas fungera helt ändamålsenligt.

Krav och riktlinjer för det förebyggande arbetet och insatser avseende psykisk ohälsa omnämns inte specifikt i primärvårdens regelbok. Regelboken tar allmänt upp vikten av ett förebyggande arbete och till vårdgivaren att bestämma hur detta ska utföras. Av intervjuerna framgår att det på olika sätt bedrivs ett förebyggande arbete men att det finns brister vad gäller resurser och kompetens.

1.3. Rekommendationer

För en utveckling av styrningen av vården av personer med psykisk ohälsa rekommenderar vi följande:

- Av de uppgifter som finns tillgängliga inom 1177 framgår inte omfattningen av kompetenserna i termer av personer och tjänstgöringsgrad vilket kan vara ett utvecklingsområde för att ge patienterna ytterligare information om verksamheten inför bl a överväganden angående listning vid en vårdcentral.
- Remisser från primärvården avvisas av psykiatrin trots att ansvarsfördelning och gränsdragning uppfattas som klar och tydlig genom de dokument som reglerar detta. För patienternas bästa behöver det komma på plats en strukturerad dialog på både lednings- och verksamhetsnivå för ett välfungerande samarbete mellan primärvård och psykiatri även i praktiken. Målet måste vara ett gemensamt ansvarstagande utifrån patientens bästa.
- En ytterligare precisering i regelboken av kompetenser, behandlingsutbud och tillgång till bedömning och behandling inom området psykisk ohälsa, för att på så sätt skapa bättre förutsättningar för ett likvärdigt tillgodoseende av patienternas behov.
- Inom ersättningssystemet finns genom den rörliga ersättningen för evidensbaserad samtalsbehandling en viss koppling till området psykisk ohälsa. Ersättningsnivåerna har dock reducerats från 1 januari 2017. För att stärka styrningen av vårdcentralernas resurser, kompetens och utbud inom området psykisk ohälsa bör starkare incitament skapas, exempelvis en tydligare koppling mellan mål, resultat och ersättning.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa. Återkommande uppföljningar och utvärderingar indikerar att denna målsättning inte fullt ut återspeglas när det gäller målgruppens nuvarande situation.

Begreppet *psykisk ohälsa* används som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder är när symtom eller funktionsnedsättning är av den typ eller grad att det kvalificerar till en diagnos.

Av Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor", som bland annat innehåller frågor kring psykiska besvär, till exempel ångslan, oro eller ångest, framkommer för Östergötlands läns del att ca 15 procent av männen (riket 14 procent) och 19 procent av kvinnorna (riket 21 procent) i åldrarna 16-84 år upplever att de har nedsatt psykiskt välbefinnande.

I Östergötland har antalet patienter med registrerad diagnos i eller utanför specialistpsykiatri ökat med drygt 50 procent under de senaste fem åren. Nästan 73 000 invånare hade under perioden 2010-2014 minst en registrerad diagnos inom psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Det motsvarar 16 procent av befolkningen. Den vanligaste diagnoskategorin var ångestsyndrom och därefter depression. Även antalet personer med registrerad missbruksdiagnos har ökat i Östergötland.

Under 2016 tillfördes primärvården i Region Östergötland mer resurser för att förbättra tillgången till tidiga insatser och behandling i första linjen för personer med psykisk ohälsa. Det finns dock fortsatt stora utmaningar för hälso- och sjukvården kopplat till den psykiska ohälsan. För att möta utmaningen har psykisk ohälsa och tidiga insatser fått särskild uppmärksamhet. Exempelvis har länets barnhälsor och primärvård fått ett utökat uppdrag inom området. Genom införandet av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri har nya vårdgivare etablerat sig i länet och tillgängligheten har ökat. Även i den öppna barn- och ungdomspsykiatri har en ny vårdgivare tillkommit.

Primärvården och vårdcentralen ska vara förstahandsvalet när någon behöver vård. Uppgiften är att ge den hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusets akuta insatser samt att lotsa rätt inom specialistvård och psykiatri. Primärvårdens möjligheter att ta ett förstalinjeansvar är beroende av tillgång till kompetens och resurser och på hur samverkan med specialistnivån fungerar.

Mot bakgrund av ovanstående har regionens revisorer utifrån sin risk- och väsentlighetsbedömning beslutat sig för att granska styrningen av arbetet med psykisk ohälsa. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2017. Två förtroendevalda revisorer, Eiwor Englund och Agneta Tillmar, har följt granskningen.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

2.2.1. Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av primärvården är ändamålsenlig så att behoven hos personer med psykisk ohälsa tillgodoses.

Som underlag för att besvara den övergripande revisionsfrågan har följande delfrågor formulerats:

- Är *regionens* organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?
- Är *primärvårdens* organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?
- Är styrningen av de *enskilda vårdcentralernas* utbud av resurser och kompetens ändamålsenlig?
- Är utbudet av personalresurser och kompetens anpassat för att möta patienternas behov?
- Fungerar samverkan ändamålsenligt mellan primärvård och psykiatri?
- Fungerar det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom primärvården ändamålsenligt?

2.2.2. Revisionskriterier

Revisionskriterierna hämtas från hälso- och sjukvårdslagen och aktuella styrdokument och uppföljningsrapporter.

2.2.3. Metod, genomförande

Granskningen har genomförts genom studier av olika styrdokument som exempelvis uppdragsbeskrivningar och förfrågningsunderlag för primärvården, handläggningsöverenskommelser mellan primärvården och psykiatrin, årsredovisningar och verksamhetsberättelser.

Intervjuer har gjorts med närsjukvårdsdirektörer inom närsjukvården, ledningspersonal inom psykiatrin, verksamhetschefer inom psykiatrin, representanter för sju vårdcentraler (såväl offentlig som privat regi), chef för hälso- och sjukvårdsstaben, strateger inom hälso- och sjukvårdsenheten samt medicinsk rådgivare för primärvården. Intervjuerna har gjorts både som personliga besöksintervjuer och via telefon.

Statistikuppgifter avseende diagnoser och remisser har erhållits från Centrum för verksamhetsstöd och utveckling.

De intervjuade har haft möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast av rapporten.

3. Granskningsresultat

3.1. Är regionens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?

3.1.1. Iakttagelser

Sedan september 2009 har Östergötland vårdval i primärvården. Vårdval innebär att regionfinansierad primärvård drivs av auktoriserade vårdenheter, offentliga såväl som privata. För att leverantören ska få bedriva vård inom vårdval krävs att Region Östergötland har godkänt – auktoriserat – vårdenheten. Privata och offentligt drivna vårdcentraler arbetar utifrån samma förutsättningar. Inom regionen finns 33 vårdcentraler som drivs av regionen och 9 privat drivna.

Regionstyrelsen är styrelse för regionens samlade verksamheter och ska genom ägar- och produktionsstyrning ange förutsättningarna för denna verksamhet och bevaka att produktionsenheterna som utförare uppfyller kraven på god effektivitet, produktivitet och kvalitet. Regionstyrelsen har dessutom, genom att vara styrelse för regionens samlade verksamheter och ansvaret för att bevaka att produktionsenheterna som utförare uppfyller kraven på god effektivitet, produktivitet och kvalitet, ett uttalat ansvar för den vård som drivs i egen regi.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård, inklusive tandvård och stöd och service till vissa funktionshindrade. Nämnden ansvarar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård oavsett om tjänsterna levereras av privata aktörer eller av regionens verksamhet. Detta innebär att nämnden, inom de ekonomiska ramar som regionfullmäktige fastställer, ska verka för en bättre hälsa hos befolkningen och en bra vård på lika villkor utifrån befolkningens behov. Nämndens ansvar är att prioritera mellan olika behov och genom överenskommelser och avtal med utförare ange finansiering och innehåll för den verksamhet som ska genomföras.

Under regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden finns den gemensamma beredningen för primärvård och annan nära vård. Beredningens uppdrag är att arbeta med frågor om primärvårdens/den nära vårdens utveckling och kvalitetssäkring.

Det finns en viss organisatorisk åtskillnad i ansvarsfördelningen mellan beställarfunktionen (hälso- och sjukvårdsnämnden) och den egna produktionen (regionstyrelsen genom ansvaret för egen-regin), även om regionstyrelsen också har ett ansvar för helheten.

Inom Ledningsstaben återfinns hälso- och sjukvårdsenheten som arbetar med avtal och överenskommelser med Region Östergötlands egna verksamheter och privata vårdleverantörer, vårdval och uppföljning.

Närsjukvården i respektive länsdel omfattar både öppenvård, specialistsjukvård, sjukhusvård och akut vård. I uppdraget ligger även forskning och utbildning. Den *specialiserade psykiatrin* återfinns inom närsjukvården.

De regiondrivna vårdcentralerna är samlade i *Primärvårdscentrum*. I Primärvårdscentrum ingår 31 regiondrivna vårdcentraler och tre jourcentraler. Tillsammans har de cirka 327 000 listade patienter runt om i länet.

3.1.2. Bedömning

Vi bedömer att det inom ramen för vårdvalssystemet finns goda *organisatoriska* förutsättningar att tillgodose behovet av vård för personer med psykisk ohälsa.

3.2. Är primärvårdens organisation ändamålsenlig för personer med psykisk ohälsa?

3.2.1. Mål och krav på primärvården

Mål och krav på primärvården specificeras inom ramen för Vårdval primärvård i Östergötland. I ett antal dokument beskrivs förutsättningar och villkor för leverantörer av primärvårdens olika tjänster. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till vårdleverantörerna tydliggörs i Regelbok för Vårdval primärvård i Östergötland. Av regelboken framgår även nämndens årliga uppdrag för särskilda sjukdoms-/behovsgrupper.

Av regelboken framgår att vårdcentralen ska skapa trygghet och upplevas som det naturliga förstahandsvalet vid behov av kontakt med sjukvården. Primärvården ska vara den första linjen i sjukvården och vårdcentralens uppdrag är därför omfattande både till innehåll och över tid. Vårdval Primärvård i Östergötland innebär att regionfinansierad primärvård drivs av auktoriserade offentliga och privata vårdcentraler. För att leverantören ska få bedriva vård inom vårdval Primärvård krävs att regionen har godkänt (auktoriserat) vårdcentralen. Auktorisationen ger grundläggande kvalitetssäkring och likvärdiga konkurrensvillkor samtidigt som det möjliggör en mångfald av leverantörer.

Vårdtjänsten som leverantörerna ska leverera beskrivs som att *”erbjuda rådgivning, bedömning, utredning, behandling och uppföljning inom alla typer av fysiska och psykiska sjukdomar, skador och upplevda besvär, som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”*

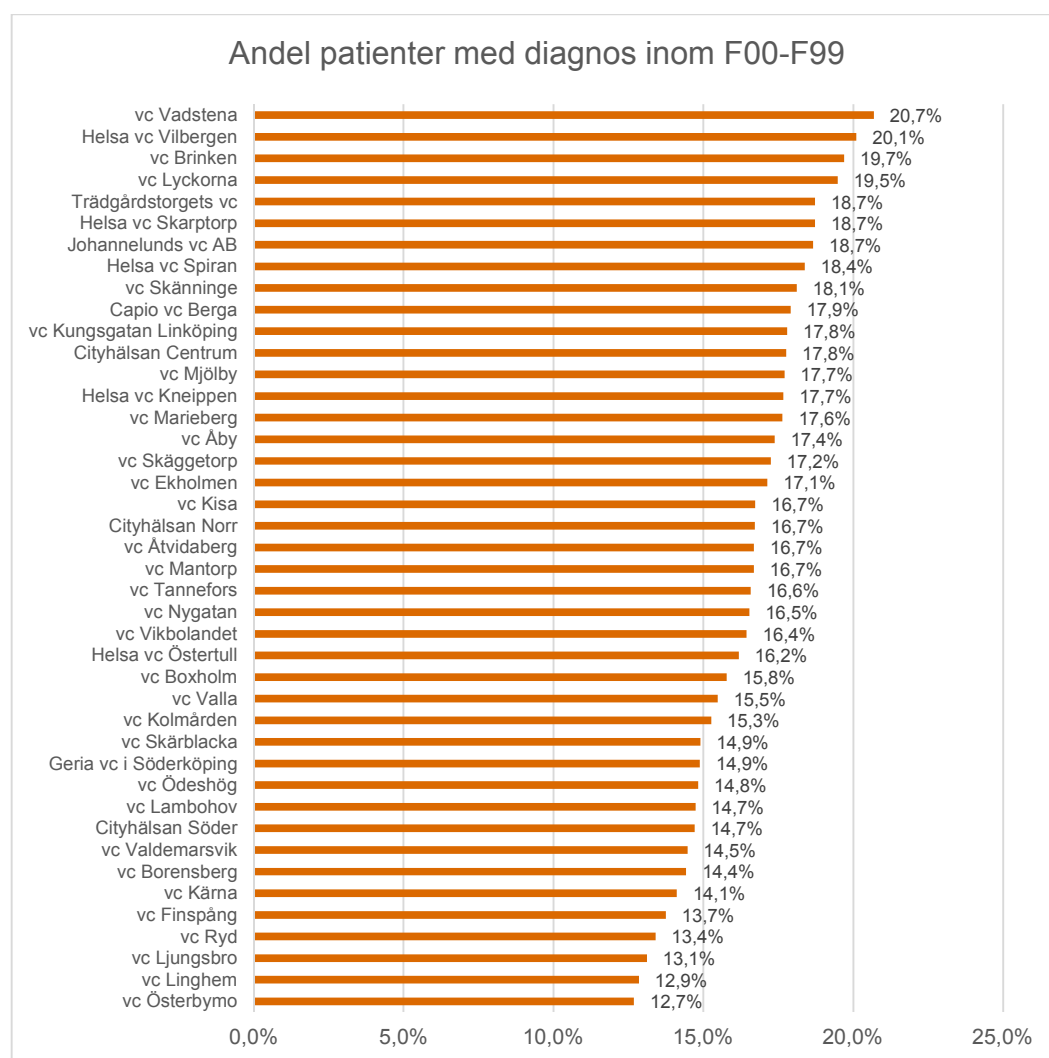
När det gäller psykisk hälsa finns, utöver i den generella uppdragsbeskrivningen ovan, i regelboken krav på leverantörerna inom områdena vård av barn och ungdomar och barnhälsovård. Där framgår att leverantören särskilt ska beakta barnets behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller annan vuxen i barnets direkta närhet har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Uppdraget inom barnhälsovården uttrycks som att främja barnets hälsa, trygghet och utveckling genom att upptäcka och förebygga fysisk och psykisk ohälsa.

Då det inom vårdvalssystemet i princip råder fri etableringsrätt så länge kraven i uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag uppfylls så ska patienternas behov fångas upp inom ramen för det systemet. Om behov uppstår som inte kan tillgodoses av befintligt utbud så finns möjlighet att etablera en ny verksamhet.

3.2.2. Vårdbehov

I intervjuerna framkommer bilden av att den psykiska ohälsan ökar och att det är stor spännvidd i den problematik som patienterna uppvisar, från livssituationsorienterade bekymmer till psykisk sjukdom. Upplevelsen från vårdcentralerna är även att de i allt högre grad får ta hand om patienter med stora och svåra behov som enligt deras bedömning borde behandlas inom specialistvården.

Vi är medvetna om att vårdtygden och förutsättningarna skiljer sig åt mellan vårdcentralerna men som indikator på vårdbehovet inom psykisk ohälsa så har vi under granskningen för varje vårdcentral efterfrågat uppgifter om antalet unika patienter som någon gång under år 2016 diagnostiserats för psykisk ohälsa inom diagnosgrupperna F00-F99¹. Uppgifterna har erhållits från regionens ledningsstab. I figuren visas andelen patienter av de listade vid respektive vårdcentral som under år 2016 har diagnos för psykisk ohälsa.



¹ Diagnosgrupper F00-F99 (Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) utifrån klassifikationssystemet KSH97-P. Vi är medvetna om att det utöver patienterna som diagnostiserats inom F00-F99 kan finnas patienter med psykisk ohälsa som diagnostiserats även inom andra diagnosgrupper, exempelvis inom M00-M99 (Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven). För vissa patienter som söker för exempelvis "ont i ryggen" kan bakomliggande orsak vara psykisk ohälsa.

Sammanlagt är ca 450 000 personer listade vid de olika vårdcentralerna. Av dessa hade under år 2016 ca 75 000 patienter diagnos inom F00-F99, vilket innebär ett snitt på ca 16,7 procent för hela regionen. Skillnaden mellan den vårdcentral som har störst andel diagnostiserade patienter (Vadstena) och den som har minsta andelen (Österbymo) uppgår till åtta procentenheter.

Det är vissa skillnader mellan länsdelarna/närsjukvårdsområdena. Tabellen nedan visar genomsnittet för vårdcentraler inom respektive länsdel/närsjukvårdsområde.

Länsdel/närsjukvårdsområde	Andel patienter med diagnos F00-F99 (genomsnitt för vårdcentralerna inom området)
Öster	16,7 %
Centrala	16,0 %
Väster	17,9 %
Finspång	14,0 %

3.2.3. Tillgänglighet

Tillgängligheten inom primärvården följs upp genom att mäta hur många som får träffa en läkare inom vårdgarantins sju dagar. Den senaste statistiken (augusti 2017) visar att 93 procent av de patienter som behövde träffa en läkare inom primärvården fick sitt besök inom sju dagar, vilket är bättre än riksgenomsnittet.

Måluppfyllelse läkarbesök

Augusti 2017



Måluppfyllelse förstabetesök

September 2017



Alla patienter ska få ett förstabetesök i den specialiserade vården inom 90 dagar enligt den nationella vårdgarantin. Måluppfyllelsen för regionen uppgår i september till 98 procent för besök till *allmän psykiatri*, genomsnittet i landet är 87 procent. I figuren nedan visas hur länge patienterna väntat.

Hur länge har man väntat?



Nära 85 procent av patienterna fick ett första besök inom 30 dagar.

3.2.4. Bedömning

Vår sammantagna bedömning är att primärvårdens organisation inte fullt ut kan sägas vara anpassad till patienternas behov.

Primärvårdens organisering och vårdcentralernas etablering styrs av förfrågningsunderlag och kravspecifikationer inom vårdvalssystemet och den etableringsrätt som finns inom ramen för detta. Det innebär att regionens möjligheter att styra primärvården med hänsyn till de listade patienternas behov är genom dessa underlag. Förfrågningsunderlag och kravspecifikationer bedömer vi vara etablerade och genomarbetade. Vi uppfattar också genom intervjuerna att det finns god kännedom om innehållet.

Utifrån de uppgifter som erhållits synes det vara betydande skillnader i vårdbehov, mätt som andelen patienter som diagnostiserats för psykisk ohälsa, mellan de olika vårdcentralerna. Vissa skillnader kan även iakttas mellan länsdelarna.

Tillgängligheten till specialistvårdens resurser och kompetens uppfattas vara bristfällig. Enligt tillgänglig statistik nås dock målen för den nationella vårdgarantin för fler patienter än genomsnittet i riket.

3.3. Är styrningen av de enskilda vårdcentralernas utbud av resurser och kompetens ändamålsenlig och är utbudet av personalresurser och kompetens anpassat för att möta patienternas behov?

3.3.1. Iakttagelser

I regelboken för auktorisation finns avsnitt med specifika krav på vårdcentralernas personal och kompetens inom det psykosociala området. Där anges:

”Vårdcentralen skall ha personal med psykosocial kompetens motsvarande minst steg 1² eller psykolog.”

I övrigt framgår inte några specifika krav på personalens kompetens.

Ersättningssystemet är en viktig del av styrningen. Merparten av vårdcentralernas ersättning erhålls i form av ersättning för listade patienter baserat på invånarnas vårdbehov. Beräkningen av vårdbehovet görs utifrån patienternas diagnoser.

Inom ersättningssystemet finns en tanke på att genom hänsyn till socioekonomiska faktorer kompensera vårdcentraler som utifrån dessa faktorer antas ha en större vårdtyngd. Ett samband mellan psykisk ohälsa och ett högt CNI (hög vårdtyngd) behöver dock inte finnas. Mot bakgrund av omfattningen och den upplevda ökningen av den psykiska ohälsan kan, för att skapa incitament att tillräckliga resurser och kompetenser finns tillgängliga på vårdcentralsnivå inom primärvården, en särskild målrelaterad ersättning behöva kopplas till de resultat

² Basutbildning i psykoterapi
December 2017
Region Östergötlands revisorer
PwC

som åstadkoms i bedömning och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Detta förutsätter att mätbara och accepterade resultatmått kan formuleras.

För att förbättra tillgängligheten till vård och behandling för psykisk ohälsa beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden i maj 2016 att höja den rörliga ersättningen för evidensbaserad samtalsbehandling inom primärvården med 10 miljoner kronor. I september 2016 togs beslut om en ersättning per besök och förändringen trädde i kraft från oktober 2016. Vid avstämning efter sista kvartalet 2016 hade volymerna ökat kraftigt och budgeterat belopp täckte inte besöksersättningen.

Antalet besök bedömdes att fortsatt ligga på samma nivå även under år 2017 och beslut om att från och med 1 januari 2017 minska ersättningen per behandling togs.

Vid intervjuer framkommer att det fanns en problematik på vissa vårdcentraler att hantera den rörliga ersättningen och påverka tillgängligheten. Detta hänger samman med att det tar tid att anställa personal. Detta medförde att vårdcentraler med sämre bemanningssituation kunde få svårt att ta del av satsningen.

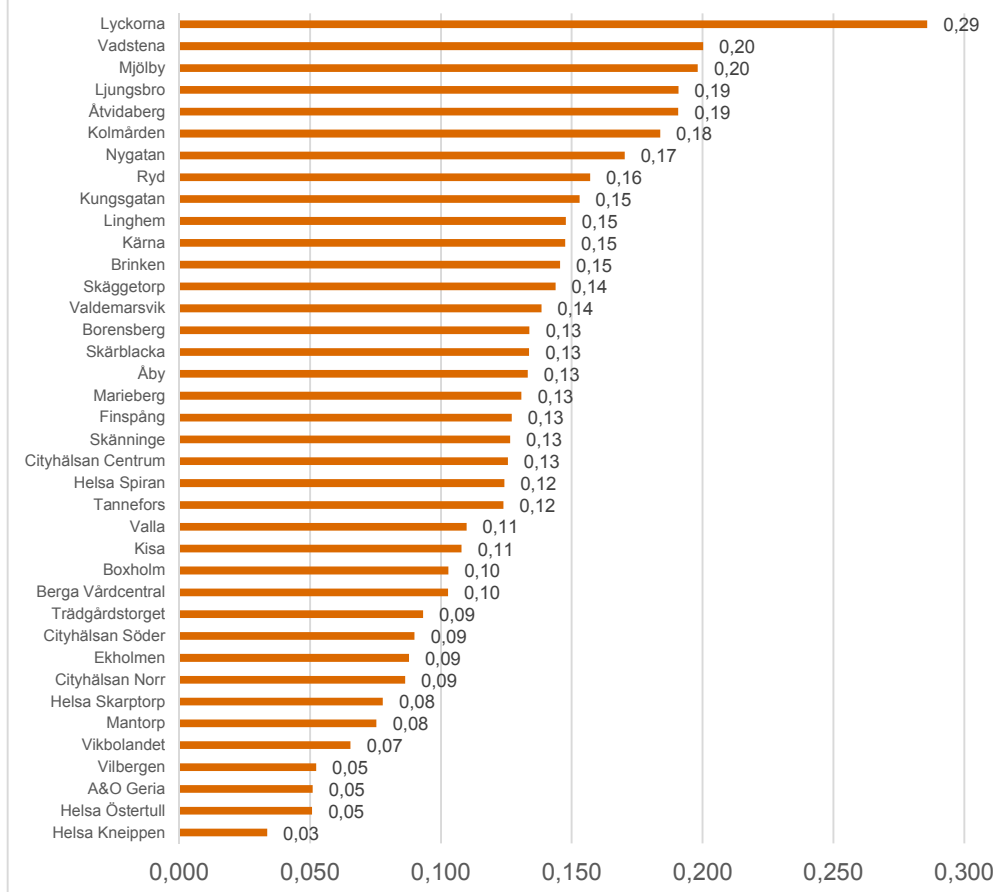
De listade patienternas behov ska enligt vårdvalssystemet vara styrande för den enskilda vårdcentralens utbud. I regelboken ställs inga krav på omfattning i tjänst på några professioner då tanken är att varje enhet ska bemanna efter sina listade patienters behov. Det som specifikt nämns angående tillgång till kompetenser är att vårdcentralen ska ha tillgång till personal med psykosocial kompetens motsvarande minst steg 1 eller psykolog.

Figuren på nästa sida är en sammanställning av antal listade patienter i relation till det utbud av kompetenser – i antal tjänster – som det utöver läkare finns tillgång till på respektive vårdcentral när det gäller mottagning och behandling av psykisk ohälsa. Kompetenserna kan finnas tillgängliga genom anställning på respektive vårdcentral och/eller genom samarbetsavtal. Uppgifterna kommer från auktorisationsuppföljning avseende år 2016 och avser november månad 2016.

Det är stora skillnader mellan vårdcentralerna i utbudet av psykosocial kompetens räknat som antal årsarbetare med psykosocial kompetens per listade patienter. Den vårdcentral som har mest resurser (Lyckorna) har nära tio gånger mer resurser än den som har minst (Helsa Kneippen).

Antal årsarbetare med psykosocial kompetens per 1000 listade

Avser november månad 2016, uppgifter uppgivna av respektive vårdcentralschef i samband med auktorisationsuppföljning av 2016



Avser november månad 2016, uppgifter uppgivna av respektive vårdcentralschef i samband med auktorisationsuppföljning av 2016.

Genomsnittet för vårdcentralerna i regionen är ca 0,13 årsarbetare med psykosocial kompetens per 1000 listade. Vid jämförelsen måste dock viss hänsyn tas till att det finns vårdcentraler med läkare som har steg 1 utbildning och inte räknas in i ovanstående och att det även förekommer att det mellan vårdcentraler säljs och köps tjänster med psykosocial kompetens.

3.3.2. *Bedömning*

Vår bedömning är att styrningen och utbudet av de enskilda vårdcentralernas resurser och kompetens inte är helt ändamålsenlig.

Det är stora skillnader mellan vårdcentralerna i utbudet av psykosocial kompetens. Skillnaderna väcker frågan om patienternas möjligheter att få vård på lika villkor.

3.4. Fungerar samverkan ändamålsenligt mellan primärvård och psykiatri?

3.4.1. Iakttagelser

Samverkan mellan primärvården och psykiatrin finns reglerad i dokumentet ”Huvudriktlinjer för samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatrin”. Dokumentet gäller mellan oktober 2015 till oktober 2019. Av dokumentet framgår att patientens funktionsnivå och vårdbehov ska vara avgörande för om utredning och behandling ska ske i primärvården eller specialistpsykiatrin oavsett psykiatrisk diagnos. Ansvarsfördelning vid olika diagnoser och tillstånd regleras i ett särskilt dokument ”Fördelning mellan primärvården och vuxenpsykiatrin”.

Av huvudriktlinjerna framgår att ansvaret för behandlingsinsatserna på respektive vårdnivå avser samtliga relevanta insatser av samtliga relevanta professioner såsom läkare, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjuksköterska m fl.

Primärvårdens ansvar uttrycks som:

- *”Att vara första linjens hälso- och sjukvård och primärt möta och bedöma befolkningens psykiska symptom.*
- *Att skilja psykisk sjukdom från icke sjukliga tillstånd och reaktioner*
- *Att handlägga mild till måttlig grad av följande; ångesttillstånd, depressioner, krisreaktioner, sömnstörningar, missbruk/beroende.*
- *Att göra vårdintygsbedömningar, undantaget personer med aktuell kontakt inom specialistpsykiatrin kontorstid vardagar.”*

Psykiatrens ansvar är enligt huvudriktlinjerna:

- *”Psykiska tillstånd av allvarlig grad. Ofta, men inte alltid psykosjukdomar och bipolära sjukdomar – se gränssnittsdokument för specifika diagnoser. Tillstånd med kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel, litium eller centralstimulantia.*
- *Depression och ångestsyndrom med svåra symptom eller uttalad funktionsnedsättning samt vid samsjuklighet.*
- *Tillstånd som kräver psykiatrisk slutenvård.*
- *Psykiatrisk tvångsvård.*
- *Då primärvårdens insatser visat sig otillräckliga eller då behov föreligger av hjälp med diagnostik och bedömning (second opinion). Vid depression och ångesttillstånd bör minst två olika läkemedel med olika profil samt relevant psykoterapi ha prövats i primärvården innan remittering.*
- *Då psykiatrin har resurser som inte rimligen kan finnas inom primärvården (t ex dialektisk beteendeterapi).*
- *Vårdintygsbedömning av personer som är aktuella inom specialistpsykiatrin, kontorstid vardagar.”*

I dokumentet *Fördelning mellan primärvården och vuxenpsykiatrin* tydliggörs ansvarsfördelningen för olika diagnoser och tillstånd.

Övergripande gäller att primärvården ansvarar för diagnoser och tillstånd som är lindriga till medelsvåra och psykiatri för svåra diagnoser och tillstånd. I dokumentet finns beskrivet vad som karaktäriserar diagnosernas/tillståndens svårighetsgrad och när remittering ska göras.

En samverkanstruktur finns etablerad på ledningsnivå i form av regelbundna möten. Möjlighet finns att då ta upp frågor om ansvarsfördelning och gemensamma processer. På mer verksamhetsnära nivå finns ingen mötesstruktur mellan primärvård och psykiatri för att diskutera övergripande frågor. Den dialog som förekommer rör patientrelaterade frågor som uppkommer av specifik anledning. Ett forum efterlyses för diskussioner och samtal om gränsen för förstalinjeansvaret - i synnerhet var gränsen går mellan medelsvår och svår psykisk ohälsa – samt processerna för remisshantering.

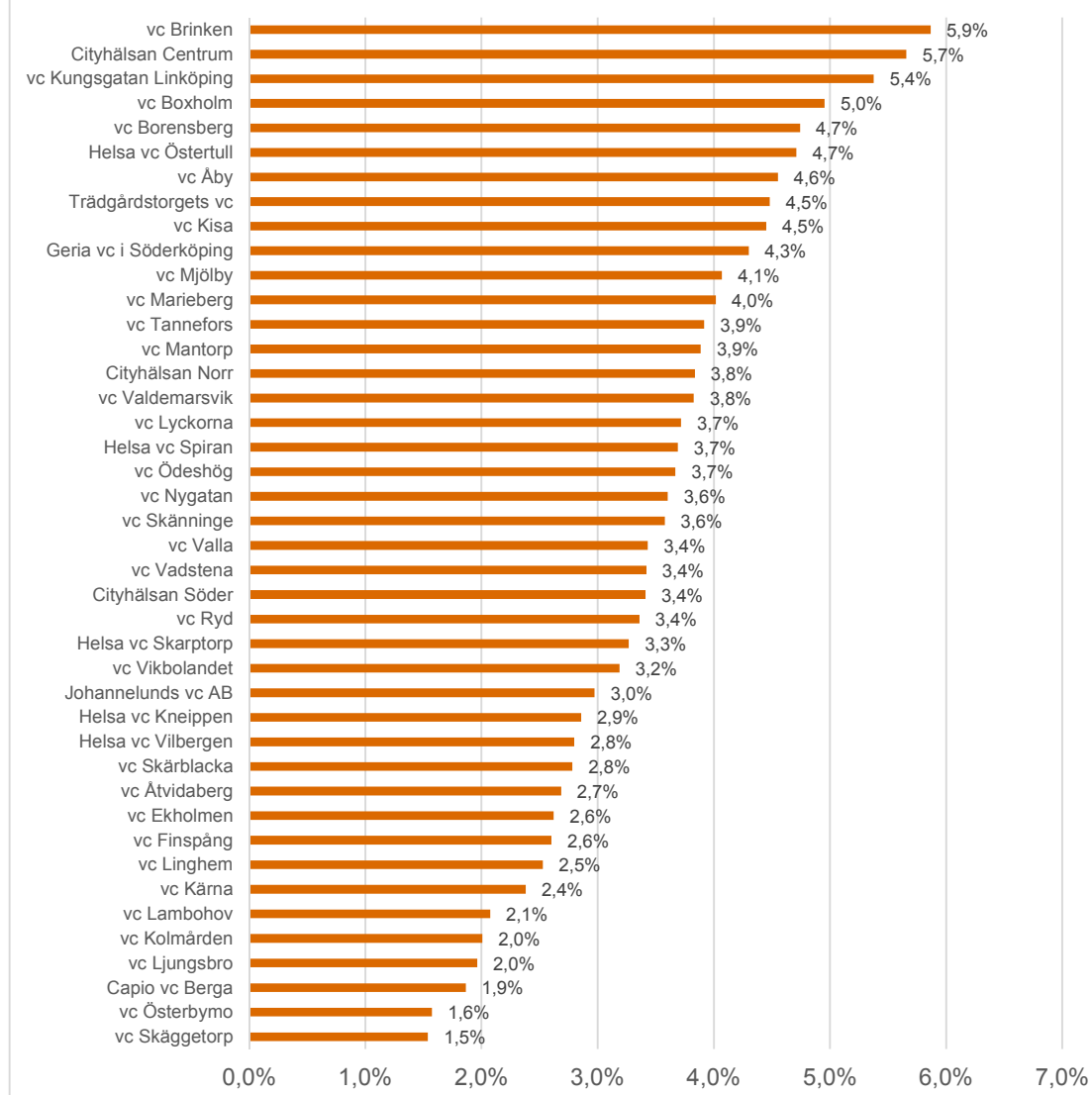
Gällande samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och primärvården uppges samverkan ske i de fall det rör patientrelaterade frågor. Någon övergripande samverkan på ledningsnivå sker inte regelbundet. Detta beror, enligt intervjuer, på att remisser till BUP förekommer i lägre utsträckning. Merparten kommer istället från kommunerna i form av exempelvis skola och socialtjänst eller söker direkt.

Bredden på inflödet till BUP lyfts i intervjuer fram som ett problem när det gäller samverkan med primärvården. Det har generellt de senaste åren blivit tuffare gränsdragningar då behoven hos BUP överstiger kapaciteteten. Det medför enligt företrädare för BUP att patienter med medelsvår problematik hamnar hos primärvården. Här lyfts behovet fram av att få till en ökad samverkan med primärvården på strukturell och övergripande nivå.

Under intervjuerna framkommer att överenskommelserna ses som en bra grund för samarbete och ansvarsfördelning men att det uppstår situationer där parterna inte är överens om vem som ska ta ansvar för patienten. Från primärvårdens sida finns en upplevelse av att de får ta hand om patienter med svårare besvär än ”lindriga och medelsvåra” och att benägenheten från psykiatri att ta emot dessa patienter inte alltid finns. När remisser skrivs till psykiatri förekommer att dessa kommer tillbaka och att primärvården får ta ett fortsatt ansvar för patienten. De leder ibland till ett beteende där man ifrån vårdcentralens sida inte finner någon mening med att remittera patienter och att patienterna därmed blir kvar inom primärvården och att tillståndet för dessa ibland kan förvärras. Psykiatri å sin sida uppfattar sitt uppdrag som att ta hand om patienter med svåra psykiska sjukdomar/störningar och upplevelsen är att de patienter som remitteras inte alltid visar de symptom som motiverar vård inom psykiatri. Remisser skickas även tillbaka till primärvården för att de är otydliga eller ofullständiga vilket innebär att mycket tid åtgår i denna process.

Figuren nedan visar antalet remisser i förhållande till antalet patienter med diagnos inom diagnosgrupp F00-F99 under år 2016.

Andel remisser i förhållande till antalet patienter med diagnos inom F (år 2016)



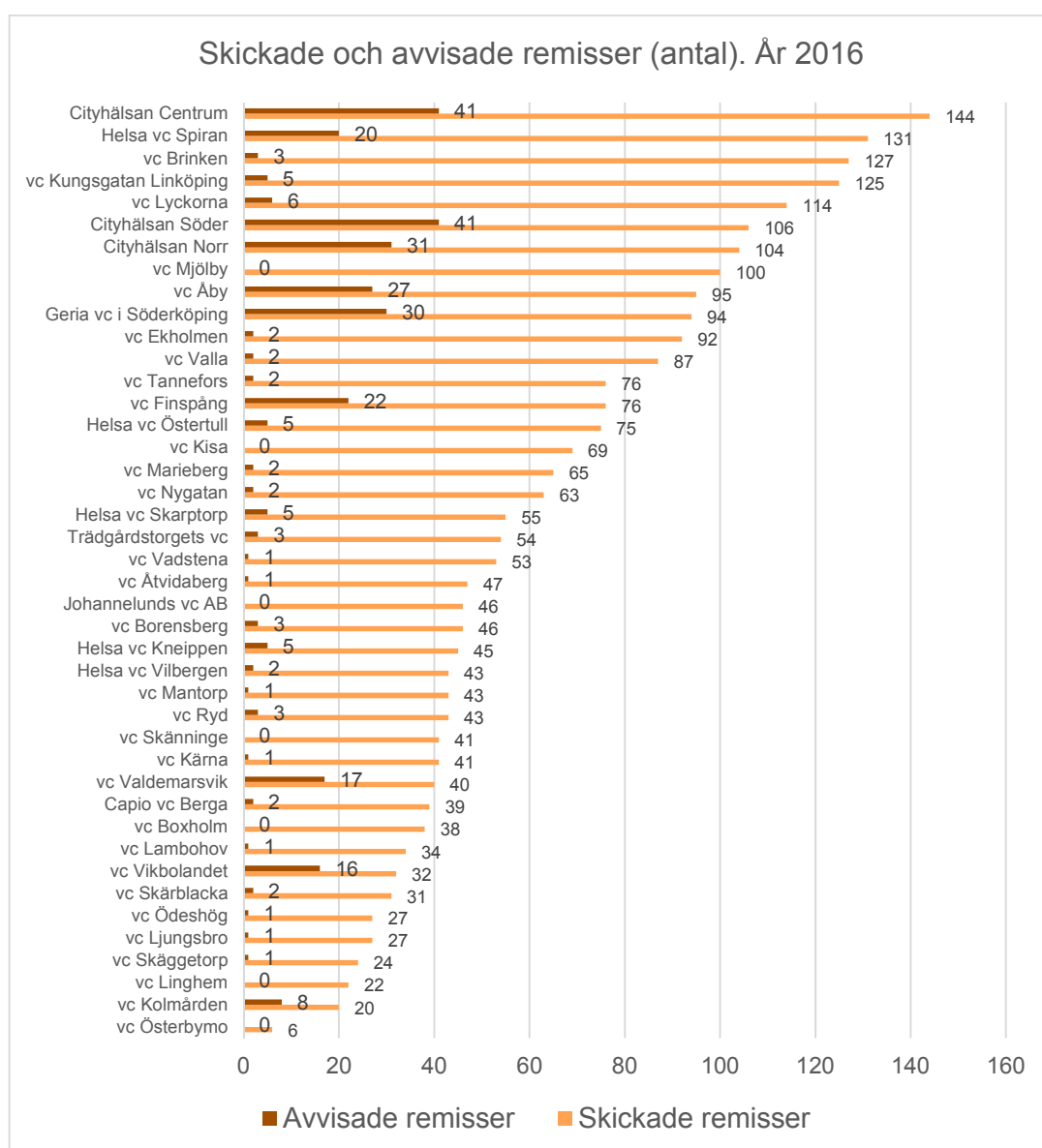
Andelen patienter med diagnos inom F00-F99 som remitteras till psykiatri varierar mellan vårdcentralerna. I genomsnitt remitteras ca 3,5 procent av patienterna med diagnos inom F-spektrat. Andelen varierar mellan 1,5 procent och 5,9 procent för regionens vårdcentraler. Den absoluta merparten av patienterna som av primärvården diagnostiserats för psykisk ohälsa behandlas således inom primärvården.

En analys av tillgången till psykosocial kompetens och remitteringsfrekvens visar att inget samband. Det indikerar att det är andra faktorer än vårdcentralernas resurser och kompetens inom det psykosociala området som styr omfattningen av antalet remisser. Under intervjuerna framkommer att benägenheten att remittera patienter till psykiatri påverkas av tradition (*”patienter med de här besvären/diagnoserna har vi alltid tagit hand om själva”* alternativt *”de här patienterna klarar vi inte av, det är psykiatrians ansvar”*), viljan och förmågan från psykiatri att ta emot remisser (*”det är ingen idé att skicka en remiss, den kommer*

bara tillbaka”, ”patienten får bara vänta genom att psykiatrin inte har tillräckliga resurser”).

När en remiss inkommer till psykiatrin gör en läkare en första bedömning. Om remissen är välskrivna och motiverar en fortsatt behandling hos psykiatrin tas remissen emot. I annat fall skickas remissen tillbaka. Kvaliteten på remisserna upplevs variera vilket får till följd att remisser skickas tillbaka till vårdcentralen för komplettering eller förtydligande och kan då efter dessa åtgärder tas emot av psykiatrin. Från psykiatrins sida betonas att de ska ta emot patienter som är i behov av psykiatrisk specialistvård och att det går en gräns mellan psykisk ohälsa och sjukdom.

I kommande figur visas antalet remisser och antalet av psykiatrin avvisade remisser fördelat per vårdcentral.



Antalet och andelen remisser som avvisas varierar stort mellan vårdcentralerna. Flertalet av de vårdcentraler som har störst antal och andel avvisade remisser finns i den östra länsdelen.

Trots tydligheten i riktlinjerna uppfattar vi från intervjuerna att det uppstår situationer när det finns olika uppfattningar om vem som ska ha ansvaret för patienten. Av tillgänglig statistik framgår att många remisser från primärvården avvisas av psykiatrin och skickas tillbaka till primärvården trots att ansvarsfördelning och gränsdragning uppfattas klar och tydlig genom de dokument som reglerar detta. Intervjuerna visar även att det finns en uppfattning från psykiatrin att remisser skrivs för patienter som har besvär/symptom som inte ska behandlas av psykiatrin och även att patienter remitteras för snabbt. I intervjuerna uppges att en starkt bidragande orsak till att patienterna ibland "bollas" mellan de båda organisationerna är att man arbetar utifrån en bristsituation. Bristen på kapacitet och resurser gör att respektive organisation i första hand tenderar att se till sin egen verksamhet och "hålla ifrån sig", vilket i sin tur drabbar patienterna i form av att vård inte kan ges tillräckligt snabbt eller med rätt insats.

Av intervjuerna framgår vidare att det från vårdcentralernas sida upplevs att remisser ifrågasätts och kommer tillbaka trots att patienterna enligt vårdcentralens uppfattning i enlighet med överenskommelsen borde behandlas inom psykiatrin. Det leder till ett beteende där det inte upplevs vara någon idé att remittera patienter till psykiatrin utan patienten får tas om hand på vårdcentralen och att patienternas behov därmed ibland inte kan tillgodoses fullt ut. Det framkommer även att vårdcentralerna, i avvaktan på tid för behandling inom psykiatrin, under tiden tvingas "hålla patienterna under armarna" vilket kan leda till att patientens tillstånd försämras. Processen för bedömning av patienternas behov och behandling upplevs komplicerad och ta lång tid.

3.4.2. Bedömning

Vår samlade bedömning är att samverkan mellan primärvård och psykiatri inte fungerar helt ändamålsenligt.

Remitteringsfrekvens och andel avvisade remisser varierar mellan vårdcentralerna. Variationen reser frågor om patienternas behov tillgodoses på ett likartat sätt över hela länet. En analys bör enligt vår bedömning göras av orsakerna till variationen.

Styrdokument som övergripande anger vilka behov som primärvården ska tillgodose finns. Krav uttrycks på vilka kompetenser som ska tillgodose behov avseende bedömning och behandling. Med tanke på variationen i remitteringsfrekvens bedömer vi att en ytterligare precisering av kompetenser och tillgång till bedömning och behandling är nödvändig i regelboken. Detta för att ge förutsättningar för ett inom regionen likvärdigt tillgodoseende av patienternas behov.

Den formella styrningen av samverkan bedömer vi som tillfredsställande. I riktlinjerna finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatrin. Dokumentens innehåll bedöms i väsentliga delar vara kända i verksamheten.

Beträffande ansvarsfördelning mellan första linjen och den specialiserade nivån finns en tydlighet "på papperet" genom riktlinjerna. Verkligheten visar dock upp en annan bild. Vår bedömning är att brister finns i samverkan och att dessa sannolikt leder till att patienter inte får optimal vård. Vår bedömning är att det för patienternas bästa behöver komma på plats en strukturerad och systematisk dialog på såväl lednings- som verksamhetsnivå mellan första linjens vård, i både privat och

egen regi, och den specialiserade vården. Detta kan skapa förutsättningar för att agera utifrån synsättet att betrakta patienterna som ”våra” och inte ”mina” eller ”dina”. Vi bedömer även att det behöver utvecklas gemensamma kriterier för hur remisser ska skrivas.

3.5. *Fungerar det förebyggande arbetet vad gäller psykiatri inom primärvården ändamålsenligt?*

3.5.1. *Iakttagelser*

I regelboken finns ett avsnitt angående sjukdomsförebyggande insatser. Av det framgår att fokus bör vara att alltid göra tidiga insatser. Vårdleverantören ska:

- *”Ge förebyggande behandling och erbjuda stöd till sundare levnadsvanor för att lätta sjukdomsburden och en förbättrad hälsa.*
- *Identifiera patienter och grupper med ökad risk för att utveckla ohälsa och erbjuda tidiga insatser.*
- *Stärka det friska och utveckla individens egenkraft med förmåga till läkning.*
- *Ha kunskap om och en öppenhet för komplementärmedicinska metoder.”*

I övrigt finns inget specifikt beskrivet kring förebyggande av psykisk ohälsa.

Av intervjuerna framgår att det på olika sätt bedrivs ett förebyggande arbete, exempel som nämnts under intervjuerna är samtalsgrupper och öppna tider utan tidsbokning för konsultation och stödsamtal. Här framhålls exempelvis KBT på nätet som en del i det förebyggande arbetet. Det finns även enstaka exempel på vårdcentraler som arbetar med att analysera hur listade patienter med sjukskrivningar kan få förebyggande insatser med exempelvis stödsamtal. Flertalet framhåller bristande resurser och kompetens vilket innebär dock att andra uppgifter många gånger måste prioriteras. Detta gör att det förebyggande arbetet inom området varierar i omfattning mellan vårdcentralerna i länet.

3.5.2. *Bedömning*

Vår samlade bedömning är att det förebyggande arbetet många gånger av resursskäl inte prioriteras varför det inte kan sägas fungera helt ändamålsenligt.

Krav och riktlinjer för det förebyggande arbetet och insatser avseende psykisk ohälsa omnämns inte specifikt i primärvårdens regelbok. Regelboken tar allmänt upp vikten av förebyggande arbete och det är upp till vårdgivaren att bestämma hur detta ska utföras.

2018-01-24
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till:
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårds-
regionen
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

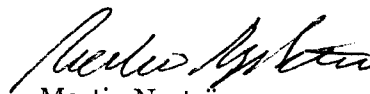
Granskning av det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården

REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning är att styrningen och uppföljningen av primärvården i huvudsak är ändamålsenlig utifrån fullmäktiges mål avseende sjukdomsförebyggande arbete. Dock säkerställer regionen inte helt att det finns förutsättningar för primärvården att arbeta sjukdomsförebyggande.
- Mål och uppdrag har formulerats utifrån att beställaren fokuserar på vad som ska göras av leverantörer i ett övergripande perspektiv. Följden av detta bedöms bli att mätbarheten av måluppfyllelse med nuvarande mål och uppdrag blir begränsad. Mål inom andra områden med högre mätbarhet blir därför mer styrande för primärvården än området för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård.
- Det finns en fungerande struktur avseende uppföljning genom resultatdialoger, kvalitetskontroller, auktorisationsuppföljningar och delårsrapporter.
- Resultatet från uppföljningen får delvis en effekt på styrningen genom olika dialoger men förbättringsarbetet utifrån vårdcentralprofilerna varierar på vårdcentralerna.
- Det finns ett fungerande arbete med att informera och följa upp inom ramen för det sekundärpreventiva arbetet men det primärpreventiva arbetet varierar.


Anders Senestad
Ordförande


Martin Nyström
Revisor

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården". Revisionskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Revisionsrapport

Det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården

Region Östergötland

Johan Sjöberg
Karolin Hammér
Cecilia Claudelin
Jean Odgaard

Januari 2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfrågor	5
1.3. Revisionskriterier	5
1.4. Kontrollfrågor	5
1.5. Avgränsning och metod.....	5
2. Granskningsresultat	7
2.1. Har fullmäktiges mål och uppdrag brutits ned till mätbara verksamhetsmål som är styrande för primärvården?	8
2.1.1. Iakttagelser	8
2.1.2. Bedömning.....	9
2.2. Sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat och efterlevnad av styrande dokument?	9
2.2.1. Iakttagelser	9
2.2.2. Bedömning.....	10
2.3. Används resultatet från uppföljningen i styrningen och i vårdcentralernas förbättringsarbete?	11
2.3.1. Iakttagelser	11
2.3.2. Bedömning.....	11
2.4. Sker det ett ändamålsenligt arbete med att upptäcka, informera och följa upp patienter som är i behov av förebyggande arbete?	12
2.4.1. Iakttagelser	13
2.4.2. Bedömning.....	13
Bilagor	

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården. Revisionsobjekt är hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2017.

Granskningens revisionsfrågor besvaras enligt följande:

- **Är styrningen och uppföljningen av primärvården ändamålsenlig utifrån fullmäktiges mål avseende sjukdomsförebyggande arbete?**

Vår samlade bedömning är att styrningen och uppföljningen av primärvården i huvudsak är ändamålsenlig utifrån fullmäktiges mål avseende sjukdomsförebyggande arbete. Den bedöms ske i linje med regionens styrmodell. Dock behöver en utveckling ske av uppföljningen för att på ett bättre sätt kunna värdera måluppfyllelsen avseende det sjukdomsförebyggande arbetet.

- **Säkerställer regionen att det finns förutsättningar för primärvården att arbeta sjukdomsförebyggande?**

Vår samlade bedömning är att regionen inte helt säkerställer att det finns förutsättningar för primärvården att arbeta sjukdomsförebyggande. Vi bedömer att det i allt väsentligt finns förutsättningar för det sekundärpreventiva arbetet men att förutsättningarna för det primärpreventiva arbetet varierar.

Bedömningen grundar sig på de iakttagelser med efterföljande bedömningarna som gjorts i kontrollfrågorna:

Har fullmäktiges mål och uppdrag brutits ned till mätbara verksamhetsmål som är styrande för primärvården?

Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Vi bedömer att det sker genom formuleringar i regelbok "Vårdval primärvård i Östergötland" samt, för regionens egna enheter, även genom mål och uppföljningsdokument och internöverenskommelse. Vidare bedömer vi att mål och uppdrag har formulerats utifrån att beställaren fokuserar på *vad* som ska göras av leverantörer i ett övergripande perspektiv. Det finns dock exempel på konkreta mätbara nyckelindikatorer i form av andel registreringar i Hälsobladet och genomförda hälsosamtal. Vi bedömer även att mål inom andra områden med högre mätbarhet blir mer styrande för primärvården än området för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård.

Sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat och efterlevnad av styrande dokument?

Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Vi bedömer att det finns en fungerande struktur avseende uppföljning genom resultatdialoger, kvalitetskontroller, auktorisationsuppföljningar och delårsrapporter. Vi bedömer dock att en konsekvens av regionens decentraliserade organisation där verksamheterna har beslutsutrymme att bryta ner målen och genomföra olika hälsofrämjande aktiviteter ställer högre krav på uppföljningen. Vi bedömer att den generella uppföljningen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få ett ökat fokus.

Används resultatet från uppföljningen i styrningen och i vårdcentralernas förbättringsarbete?

Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Vi bedömer att resultatet från uppföljningen delvis får en effekt på styrningen genom de dialoger som sker inom ramen för primärvårdssamråd och primärvårdsforum. Uppföljningen av projekt kopplade till utvecklingspotten bedöms genomföras i tillräcklig utsträckning.

Vårdcentralprofilerna används i varierande utsträckning men bedöms i det fall de används utgöra en del av vårdcentralernas förbättringsarbete. Vi bedömer dock att uppföljning av förutsättningarna för vårdcentraler med större utmaningar med ohälsa behöver fortsätta.

Sker det ett ändamålsenligt arbete med att upptäcka, informera och följa upp patienter som är i behov av förebyggande arbete?

Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Det finns ett fungerande arbete med att informera och följa upp inom ramen för det sekundärpreventiva arbetet för grupper som drabbats eller riskerar att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes till följd av annan sjukdom.

Vi bedömer att det primärpreventiva arbetet varierar. Det bedöms bero på att det finns varierande möjligheter i form av tillgängliga resurser och kompetens att identifiera patienter och grupper som har en ökad risk för att utveckla ohälsa. Det finns ett väl fungerande arbete inom BVC-verksamheten med att arbeta med förebyggande insatser under tidiga levnadsår. En variation bedöms finnas i förutsättningarna för hitta flera nya vägar för att stödja patienter och även söka samarbetsparter utanför hälso- och sjukvården.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I framtiden kommer det inte att finnas vare sig personella eller finansiella resurser att tillgodose behovsökningarna inom sjukvården på samma sätt som idag enligt flera rapporter från bland annat Sveriges Kommuner och Landsting. Därför krävs effektiviseringar. Behoven måste tillgodoses bättre och billigare. Med dagens sätt att arbeta kommer kommuner och landsting inte att klara av att tillhandahålla den välfärd som den nya demografin kräver.

Enligt en rapport från Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys är 80–85 procent av vårdens kostnader hänförliga till kroniska sjukdomar. En av de saker som är typiska för många kroniska sjukdomar är att de i hög grad går att förebygga. 90 procent av diabetes typ 2 och 70–80 procent av hjärt- och kärlsjuklighet är förebyggbart med förändrade levnadsvanor enligt rapporten. Även depression och långvarig smärta hör till kroniska tillstånd som kan förebyggas med förändrade levnadsvanor (rökning, kost, fysisk aktivitet, mm).

Folkhälsomyndighetens årsrapporter pekar på att ogynnsamma levnadsvanor är vanligare hos den som har en låg socioekonomisk situation. Till exempel sker 30–40 procent av dödsfallen i hjärtinfarkt utanför sjukhus och denna andel är störst hos individer med låg socioekonomisk situation. Under 2013-2014 arbetade Östgöta-kommissionen med att utifrån hälsans sociala bestämningsfaktorer belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärsektorie-llt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv. Kommissionens rapport rekommenderade bland annat att förebygga dödsfallen i hjärtinfarkt med en uppsökande verksamhet med hälsoundersökningar och hälsosamtal.

Av regionens strategiska plan med treårsbudget 2017-2019 framgår att vårdcentralen spelar en viktig roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälsoarbetet och för att nå målet om en jämlik hälsa. Patienten ska garanteras en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård, vilket innebär att vården integrerar riktade insatser för att förebygga och behandla sjukdom.

Riktade hälsosamtal inom primärvård erbjuds vissa åldersgrupper och inom bostadsområden där ohälsan är som störst med målet att främja hälsa och förebygga sjukdom, framförallt hjärt- och kärlsjukdom. Regionen har även genomfört satsningar för barn och ungdomar med kroniska sjukdomar, förvärvade hjärnskador och funktionsnedsättningar. Satsningar har även gjorts på hälsoundersökningar på barn som placeras i familjehem.

Mot bakgrund av ovanstående har regionens revisorer utifrån sin riskanalys beslutat sig för att granska styrning och uppföljning av det förebyggande arbetet. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2017.

Två förtroendevalda revisorer, Martin Nyström och Monica Ericsson, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfrågor

Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfrågor:

- Är styrningen och uppföljningen av primärvården ändamålsenlig utifrån fullmäktiges mål avseende sjukdomsförebyggande arbete?
- Säkerställer regionen att det finns förutsättningar för primärvården att arbeta sjukdomsförebyggande?

1.3. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- Strategisk plan med årsbudget 2017-2019
- Styrande interna dokument inom regionen

1.4. Kontrollfrågor

- Har fullmäktiges mål och uppdrag brutits ned till mätbara verksamhetsmål som är styrande för primärvården?
- Sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat och efterlevnad av styrande dokument?
- Används resultatet från uppföljningen i styrningen och i vårdcentralernas förbättringsarbete?
- Sker det ett ändamålsenligt arbete med att upptäcka, informera och följa upp patienter som är i behov av förebyggande arbete?

1.5. Avgränsning och metod

Granskningen omfattar det sjukdomsförebyggande arbetet som bedrivs inom primärvårdens uppdrag utifrån styrande övergripande dokument.

Inledningsvis har dokumentstudier genomförts av regionens organisation, riktlinjer, avtal och relevanta dokument för styrning och uppföljning för primärvårdens organisering och utbud.

Urvalet av vårdcentraler inom primärvården har gjorts utifrån kartläggning som visar områden med hög, medelhög och låg socioekonomisk situation i Östergötlands län. Områden med låg socioekonomisk situation är de områden med högst andel invandrare, arbetslösa, lågutbildade, låginkomsttagare och personer med försörjningsstöd. Områden med en hög socioekonomisk situation har lägst andel av dessa indikatorer.

Utöver måttet på socioekonomisk situation har statistik för hjärtinfarkt, blodfetter, hypertoni (höjt blodtryck) och ett mått på typ 2-diabetes inhämtats. Denna statistik har använts i urvalet av vårdcentraler i Östergötland.

De medicinska indikatorerna har sammanförts med måttet på socioekonomisk standard i Östergötlands län. Totalt har tio vårdcentraler valts ut i Östergötlands län i olika socioekonomiska områden och där de medicinska indikatorerna indikerar olika grad av ohälsa bland de listade patienterna.

Intervjuer har genomförts med företrädare för Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU), regionledningsstaben, Primärvårdscentrum samt verksamhetschefer inom egendrivna och privata vårdcentraler.

Rapporten har sakavstämts med intervjuade personer.

2. Granskningsresultat

I regelbok "Vårdval primärvård i Östergötland" beskrivs vårdcentralernas uppdrag vad gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Hälso- och sjukvården ska sträva efter att ge jämlik vård, uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det kan innebära att vården ser olika ut i olika områden. Vårdcentralerna ska uppmärksamma och identifiera grupper med svag socioekonomi och/eller ökad risk för att utveckla ohälsa.

I regelboken fastställs också att vårdcentralerna ska integrera riktade insatser i vården för att förebygga och behandla sjukdom genom tidiga insatser. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor innebär sämre levnadsvanor. Vårdcentralen ska erbjuda stöd till sundare levnadsvanor. Vårdcentralen ska också stärka det friska och utveckla individens egen förmåga till läkning samt ha en öppenhet inför komplementärmedicinska metoder.

Region Östergötland har en decentraliserad organisation vilket innebär att produktionsenheterna har självständigt beslutsutrymme över sin verksamhet inom politiskt beslutade ramar. Produktionsenheterna ska följa ramverken av mål och utvecklingsområden som framgår av de centrala styrdokumenterna.

Nedan förklaras begrepp som används i rapporten.

Hälsosamtal	Riktade hälsosamtal är en dialog med motiverande samtalsteknik. Syftet är att identifiera och påverka riskfaktorer innan sjukdom uppstår.
Hälsobladet	Dokumentation av tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor i journal-systemet Cosmic. Utifrån svaren kan rådgivning genomföras med patienten.
Rådgivande samtal	Innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten samt anpassar åtgärderna utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Åtgärderna kan följas upp uppföljning i form av återbesök vid ett eller flera tillfällen.
Primärprevention	Förhindra uppkomst av sjukdom och skador (Socialstyrelsen)
Sekundärprevention	Förebyggande åtgärd för att 1) i tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem, 2) förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom eller 3) förhindra att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställd sjukdom. (Socialstyrelsen)

2.1. Har fullmäktiges mål och uppdrag brutits ned till mätbara verksamhetsmål som är styrande för primärvården?

2.1.1. Iakttagelser

I regionens mål- och uppföljningsdokument (MUD) konkretiseras fullmäktiges mål med hjälp av nyckelindikatorer och resultat/processmått. Framgångsfaktorn till fullmäktiges strategiska mål ”trygg och ändamålsenlig vård” är ”hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska naturligt ingå i vårdens möten”. Den tillhörande nyckelindikatorn är ”andelen unika personer som har besökt vården som har fått råd eller rådgivande samtal angående levnadsvanor (tobak/alkohol/fysisk aktivitet/mat)”. Nyckelindikatorerna och resultatmåttarna är direkt knutna till regelboken ”Vårdval primärvård i Östergötland”. Det beskrivs i regelboken att leverantören aktivt skall arbeta med levnadsvanor som en integrerad del i utredning och behandling, samt som preventiv åtgärd. Olika insatser för att främja sundare levnadsvanor skall erbjudas när det är relevant.

För att möjliggöra värdering och analys av ovanstående finns två resultat/processmått som har preciserats för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Dessa är antal dagligrökare och andelen invånare som har genomgått hälsosamtal i åldersgrupperna 40, 50, 60 och 70 år. Det är dock inte obligatoriskt för vårdleverantörerna att ha med mål om sjukdomsförebyggande insatser, eller resultat/processmåttarna, i de egna verksamhetsplanerna.

I regelboken, ”Vårdval primärvård i Östergötland”, förklaras att kartläggning och analys av sjukskrivningsmönster med avseende på kön, ålder, diagnosgrupp och sjukskrivningens längd ska göras av vårdleverantören. Handlingsplaner ska finnas för en jämställd sjukskrivningsprocess. Vidare ska det finnas koordinering med andra aktörer internt och externt samt kontaktperson och coach till sjukskrivna. För de interna och externa aktörer som är inblandade i patientens sjukskrivningsärenden ska det finnas en gemensam rehabiliteringsplan, om patienten är i behov av stöd och samordning. Som alternativ till läkarbedömning ska sjukgymnastisk bedömning erbjudas.

MUD är tillsammans med överenskommelsen med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) utgångspunkten för verksamhetsplanerna för de tre närsjukvårdsenheterna, som i sin tur utgör grunden för vårdcentralernas egna verksamhetsplaner. Nyckelindikatorer, resultat- och processmått som rör hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande målformuleringar i MUD har markerats som icke obligatoriska att ha med i närsjukvårdsenheternas verksamhetsplaner. I regelboken finns inte heller specificerat exakta aktiviteter för hur fullmäktiges mål ska uppnås i verksamheten på vårdcentralerna. Vår dokumentgranskning visar att innehållet i vårdcentralernas egna verksamhetsplaner varierar. Vissa vårdcentralers verksamhetsplaner kan direkt kopplas till målformuleringar och indikatorer i MUD och till formuleringar i närsjukvårdsenheternas verksamhetsplaner, medan andra vårdcentralers verksamhetsplaner uppvisar en svag koppling.

Vid intervjuer framkommer att det finns utrymme för vårdcentralen att tolka målsättningar i regelbok och/eller närsjukvårdens verksamhetsplaner på olika sätt. Målen kan omsättas till olika typer av hälsofrämjande aktiviteter. Ofta förekommer fullmäktiges framgångsfaktor avseende hälsofrämjande arbete till exempel profilerat mot psykisk

ohälsa och fysisk aktivitet, men även mot andra områden till exempel barnhälsovård, astma/KOL-mottagningar samt äldreomsorg.

Det framkommer också vid intervjuerna att några vårdcentraler har aktivt valt att inte inkludera fullmäktiges målformuleringar som angår hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i verksamhetsplanerna då de har prioriterat att fokusera på andra målområden och aktiviteter. Vissa chefer uppger att fullmäktiges mål ibland är svåra att tyda och förstå. En del tycker att det är svårt att prioritera bland målen, framförallt vid resursbrist.

Utifrån intervjuerna uppges att det är målen i verksamhetsplanen för respektive vårdcentral som i huvudsak styr den egna verksamheten. Det framkommer att det inte finns andra handlingsplaner eller riktlinjer för de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna än de i verksamhetsplanen.

Vid intervjuer med tjänstemän vid hälso- och sjukvårdsenheten som arbetar med beställningar av hälso- och sjukvård i länet poängteras att det ska finnas utrymme i vårdcentralernas verksamhetsplaner att tolka målen själv till viss del. Detta medför att aktiviteter kan anpassas efter respektive vårdcentralens speciella förutsättningar. Det uppges också att alla mål som rör hälsofrämjande arbete kan vara svåra att mäta. Det framkommer också tveksamheter om huruvida målen motiverar vårdcentralerna att arbeta med frågorna. Regionen har valt att mäta mål utifrån antal strukturerade hälsosamtal och antal registreringar i hälsobladet, vilket skulle kunna vara ett mindre motiverande arbetssätt.

2.1.2. Bedömning

Kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av verksamheternas arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser sker genom formuleringar i regelbok "Vårdval primärvård i Östergötland" samt, för regionens egna enheter, även genom mål och uppföljningsdokument och internöverenskommelse.

Vi bedömer att mål och uppdrag har formulerats utifrån att beställaren fokuserar på vad som ska göras av leverantörer i ett övergripande perspektiv. Följden av detta bedöms bli att mätbarheten av måluppfyllelse med nuvarande mål och uppdrag blir begränsad.

Det finns dock exempel på konkreta mätbara nyckelindikatorer i form av andel registreringar i Hälsobladet och genomförda hälsosamtal. Indikatorerna är dock inte obligatoriska, vilket gör att vi bedömer att dessa endast till viss del är styrande. Vi bedömer även att mål inom andra områden med högre mätbarhet blir mer styrande för primärvården än området för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vård.

2.2. Sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat och efterlevnad av styrande dokument?

2.2.1. Iakttagelser

Uppföljning av uppdrag och avtal till hälso- och sjukvårdsnämnden görs via delårsrapport, årsredovisning och insamlad data. Auktorisationsuppföljningar görs också för att

följa upp verksamheten. Avtal med privata vårdgivare följs upp på samma sätt som hos regionens egna vårdcentraler.

Resultatdialoger hålls mellan närsjukvårdsenheter och vårdcentraler. Kvalitetsrapporter lämnas en gång per år. Indikatorn i MUD för framgångsfaktorn ”*Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska naturligt ingå i vårdens möten*” är inte obligatorisk att inkludera i produktionsenhetens verksamhetsplan.

Enligt regelboken är det de uppföljningsområden som inte kan följas via statistik eller genomförda undersökningar som följs upp via muntliga dialoger mellan beställare och leverantör. En gängse uppfattning vid intervjuerna med vårdcentralcheferna är dock att uppföljningen som sker muntligen med regionen inte fokuserar lika mycket på vårdcentralers hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter som på andra målsättningar. Uppfattningen är att andra mål får mer utrymme och därför i viss mån bedöms som viktigare. I rapporten från Hälso- och sjukvårdsenheten ”Uppföljning av vårdcentraler våren 2017” finns det beskrivet kring rehabiliteringssamordnare. I övrigt kommenteras inte det sjukdomsförebyggande arbetet. Det finns även generellt beskrivet att vårdcentraler har problem med bemanning, vilket anges medföra problem att uppfylla auktorisationskraven.

Efter ett år med tilläggsavtalet för vårdcentraler med hög andel listade med låg socioekonomisk status gjordes en första uppföljning under 2016. Uppföljning har skett av antal hälsoinformationsmöten för migrerade som har genomförts under en period och förstärkningar av barnvårdscentral (BVC).

Återkoppling till vårdcentralerna av arbetet med hälsosamtal sker en gång per år via så kallade vårdcentralerprofiler. Vårdcentralerprofilerna ger en samlad hälsobild utifrån provtagningar och mätvärden, bland de som har deltagit i hälsosamtal. Vårdcentralerprofilen uppges kunna användas i det preventiva förbättringsarbetet.

2.2.2. Bedömning

Kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att det finns en fungerande struktur avseende uppföljning genom resultatdialoger, kvalitetskontroller, auktorisationsuppföljningar och delårsrapporter.

Vi bedömer att regionens decentraliserade organisation där verksamheterna har beslutsutrymme att bryta ner målen och genomföra olika hälsofrämjande aktiviteter ställer högre krav på uppföljningen. Bedömning av måluppfyllnad riskerar i annat fall att försvåras. Det är även viktigt att i rapporteringen tydliggöra utfall av nyckelindikatorer och resultatmått på icke obligatoriska delar. Vi bedömer att den generella uppföljningen av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få ett ökat fokus. Dock bedöms den mer detaljerade uppföljning av resultat avseende hälsosamtal ske strukturerat.

2.3. Används resultatet från uppföljningen i styrningen och i vårdcentralernas förbättringsarbete?

2.3.1. Iakttagelser

Ett sätt att lyfta fram och sprida goda exempel och erfarenheter som görs på vårdcentralerna är via ”Utvecklingspotten”. Verksamheter som har använt pengar från utvecklingspotten till olika projekt, bland annat hälsofrämjande aktiviteter, träffas en gång om året för att diskutera resultat och inspirera andra. Även dialogen vid primärvårdssamråd och primärvårdsforum lyfts fram vid intervjuer som en del i vårdcentralernas generella förbättringsarbete.

I intervjuer med verksamhetschefer framkommer att det framförallt är vårdcentralprofilerna som används i förbättringsarbetet med hälsoförebyggande aktiviteter. Hälften av vårdcentralerna vi har intervjuat använder sig av vårdcentralprofilerna i förbättringsarbetet. Vissa menar dock att statistiken inte riktigt går att applicera på deras vårdcentral/listade patienter, eller att de inte är säkra på hur statistiken har tagits fram. Ett par vårdcentralchefer säger att de har använt profilen i förbättringsarbetet bland annat för att se hur statistiken ser ut för alkohol- och rökvanor, för att kunna sätta in lämpliga resurser.

Många chefer poängterar att de följer upp medarbetarnas arbete med rådgivande samtal och verksamhetsresultat via interna möten och arbetsplatsträffar. Detta dokumenteras ofta inte, men används i hög grad i förbättringsarbetet lokalt på vårdcentralen. Det framhålls i intervjuerna att resurs- och tidsbrist är två faktorer till att förbättringsarbete är eftersatt på flera av vårdcentralerna. Några intervjuade har efterfrågat kvaliteten och effektiviteten av hälsosamtalen men inte sett några resultat av detta.

Några vårdcentralchefer uppger att de använder NDR (nationella diabetesregistret) som uppföljning och att det är en källa till förbättringsförslag. Från ledningen för primärvården uppger man att ny form av rapportering är under framtagande för att underlätta användningen av insamlad data i vårdcentralernas arbete.

2.3.2. Bedömning

Kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att resultatet från uppföljningen delvis får en effekt på styrningen genom de dialoger som sker inom ramen för primärvårdssamråd och primärvårdsforum. Uppföljningen av projekt kopplade till utvecklingspotten genomförs i tillräcklig utsträckning.

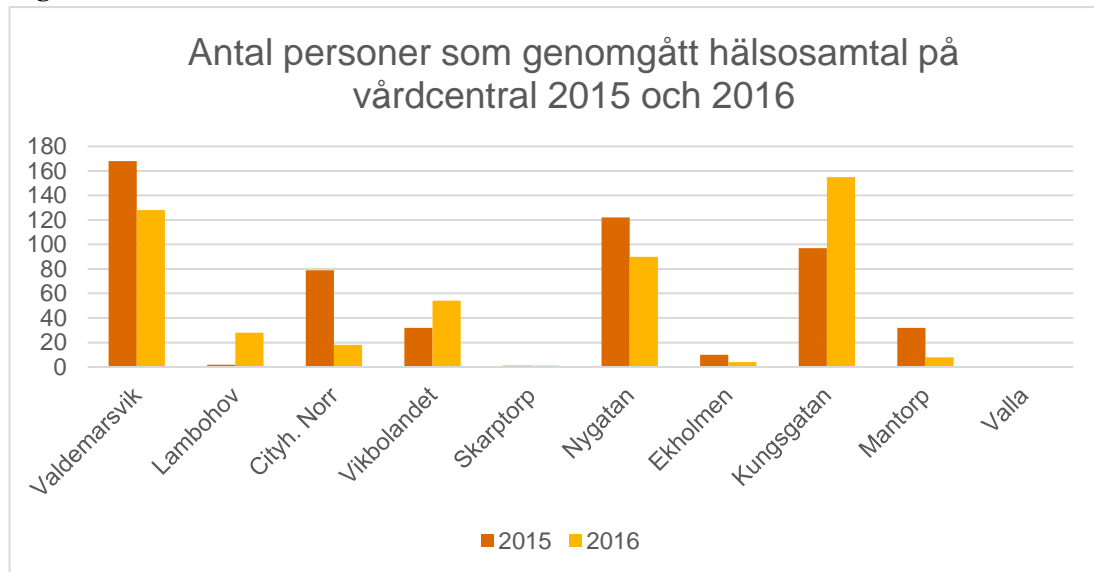
Vårdcentralprofilerna används i varierande utsträckning men bedöms i det fall de används utgöra en del av vårdcentralernas förbättringsarbete. Dock finns fortsatt behov av att kommunicera kring effekter av hälsosamtal även till icke deltagande vårdcentraler.

Vi ser positivt på att kommande utvecklade rapporter möjliggör en förbättrad användning av uppföljning i förbättringsarbete på övergripande nivå. Vi bedömer dock att uppföljning av förutsättningarna för vårdcentraler med större utmaningar med ohälsa behöver fortsätta.

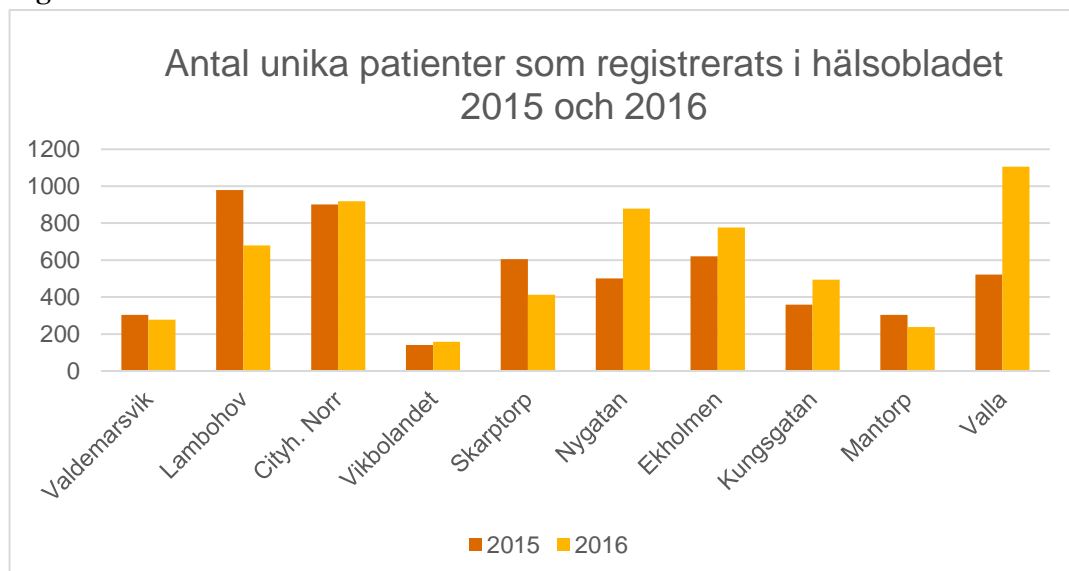
2.4. *Sker det ett ändamålsenligt arbete med att upptäcka, informera och följa upp patienter som är i behov av förebyggande arbete?*

Nedanstående diagram visar utifrån regionens egen statistik för genomförda Hälsosamtal samt registreringar i Hälsobladet för vårdcentralerna i urvalet för denna granskning. Figur 1 visar antal personer som genomgått hälsosamtal på utvalda vårdcentraler 2015 och 2016. Figur 2 visar antal unika patienter som registrerats i hälsobladet 2015 och 2016 på utvalda vårdcentraler.

Figur 1.



Figur 2.



2.4.1. Iakttagelser

Attityden till hälsofrämjande arbete på vårdcentraler är på det hela taget positiv bland de intervjuade vårdcentralcheferna. Alla anser att det är ett viktigt arbete och något som man vill jobba mer med. Utmaningarna med resurser och kompetens lyfts dock upp som en försvårande faktor.

Framförallt är de hälsofrämjande aktiviteterna på vårdcentralerna inriktade mot sekundärprevention. Men det görs även primärpreventiva insatser. I ”Utveckling- Innovationer inom primärvården i Östergötland” framgår att en vårdcentral har folkhälsoarbete riktat mot grundskolan inom ramen för utvecklingspotten. Vårdcentralen har insatser för att öka kunskapen hos elever i årskurs 7 om psykisk hälsa och ohälsa.

Områden som de flesta intervjuade anger att de arbetar förebyggande inom är rökavvänjning, astma, kol, diabetes, alkoholkonsumtion och stresshantering. På mottagningar för exempelvis diabetes och astma/KOL följs arbetet upp med regelbundna kontroller. Hälften av vårdcentralerna som ingår i granskningen har ett hälsorum där besökare exempelvis kan kontrollera blodtrycket. Dessa resultat dokumenteras och vid onormala värden blir patienten kallad till en läkare på vårdcentralen. Vid flertalet intervjuer lyfts BVC:s förebyggande arbete fram. Några vårdcentraler arbetar också aktivt med äldremottagning för förebyggande arbete.

Merparten av vårdcentralcheferna framhåller att man arbetar med olika typer av rådgivande samtal i varje möte med patienter. Ungefär hälften av vårdcentralerna arbetar också med standardiserade hälsosamtal och dokumentation i hälsobladet enligt checklistor och manualer från CVU. Ersättningen som vårdcentralerna får för genomförda hälsosamtal beskrivs ofta som nödvändig för att genomföra aktiviteten. Några vårdcentralchefer har medvetet valt bort att arbeta med strukturerade hälsosamtal då både evidensen och arbetssättet ifrågasätts. Detta tas även upp i rapporten ”Så mycket mer än bara Hälsosamtal 2016” från regionens Centrum för hälso- och vårdutveckling (CHV).

Vid de vårdcentraler som ingår i vårt urval finns rehabiliteringssamordnare som arbetar med långtidssjukskrivnas väg tillbaka till arbetsliv. Av ”Uppföljning av vårdcentraler våren 2017” framgår dock att det över länet finns en stor variation i tillgänglighet vad gäller rehabiliteringssamordnare.

Ett par av vårdcentralerna i urvalet har samarbete med andra samhällsaktörer, såsom kyrkan, polis, skola och kommun. Stödmaterial uppges det finnas gott om och några vårdcentraler har på eget initiativ utformat informationsblad och enklare frågeformulär som patienten frivilligt kan fylla i angående levnadsvanor vid ett inbokat besök.

2.4.2. Bedömning

Kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Det finns ett fungerande arbete med att informera och följa upp inom ramen för det sekundärpreventiva arbetet för grupper som drabbats eller riskerar att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes till följd av annan sjukdom.

Vi bedömer att det primärpreventiva arbetet varierar. Det bedöms bero på att det finns varierande möjligheter i form av tillgängliga resurser och kompetens att identifiera patienter och grupper som har en ökad risk för att utveckla ohälsa. Dock bedöms olika typer av rådgivande samtal genomföras i hög utsträckning. Det finns även ett väl fungerande arbete inom BVC-verksamheten med att arbeta med förebyggande insatser under tidiga levnadsår. En variation bedöms finnas i förutsättningarna för hitta flera nya vägar för att stödja patienter och även söka samarbetsparter utanför hälso- och sjukvården.

Bilagor

Inom ramen för denna granskning har vi tagit del av nedanstående dokument.

Regelbok "Vårdval primärvård i Östergötland"
Checklista vid införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen)
Broschyr "Hälsofrämjande primärvård - ett verktyg som stöd till en hälsofrämjande utveckling av primärvården."
Östgöta-kommissionen för folkhälsa - slutrapport
Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan
Hälsorådet för Region Östergötland
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011
Överenskommelse om uppdrag 2017 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Närsjukvårdsenheterna
Verksamhetschefers tankar om hälsosamtal - Så mycket mer än bara Hälsosamtal
Hälsolyftet - vetenskapligt underlag om hälsoundersökningar och hälsosamtal samt en ekonomisk utvärdering
Region Östergötlands mål- och uppföljningsdokument 2017
Hälsosamtal - ett föräldracentrerat arbetssätt på Barnvårdscentral med stöd av Hälsokurvan
Region Östergötlands strategiska plan med treårsbudget 2017 - 2019
Slutrapport Levnadsvanor - dokumentation i hälsobladet. Alkohol, tobak, fysisk aktivitet och mat
Dokumentation om sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen)
Verksamhetsplan PVC
Verksamhetsplan för respektive vårdcentral som ingår i urvalet till denna granskning
Regionstyrelsens verksamhetsplan
"Att arbeta med hälsosamtal"
Hälsoundersökningar/Hälsosamtal - En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter
PowerPoint-presentation: Dokumentation av levnadsvanor i Cosmic "Hälsobladet"
Hälsosamtal - checklista för uppstart och genomförande på VC
Hälsosamtal BVC vid 4 och 5 års ålder
Infoblod om Hälsosamtal
Manual för genomförande av Hälsosamtal inom Region Östergötland
Hälsolyftet - Hälsoundersökningar och hälsosamtal på vårdcentraler i Östergötland. Sammanställning av resultat 2012-2013
Sammanställning av data från riktade hälsosamtal i fem landsting 2014
Vårdcentralerprofiler för Centrala, Västra och Östra länsdelarna
Vårdcentralerprofil för Östergötland 2016
Uppföljning av vårdcentraler våren 2017
Primärvårdsbaserad hälsoinformation i grupp till ofrivilligt migrerade
Delårsrapporter för PVC 04 och 08 2017

Delårsrapporter 04 och 08 2017 för Centrala, Västra och Östra Närsjukvårdsenheterna

Delårsrapport 04 2017 för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionstyrelsens delårsrapport 04 2017

Regionstyrelsens delårsrapport 08 2017 inkl. helårsbedömning 2017

2018-02-28
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:

Regionstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till:

Patientnämnden

Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårds-
regionen

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden

Regionutvecklingsnämnden

samt i övrigt enligt bifogad sändlista

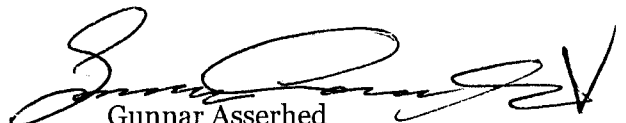
Tandvård för personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende tandvård för personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade revisionella bedömning är att regionen inte helt skapat förutsättningar för att personer som kan omfattas av stödet får del av detta.
- System och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet är inte helt ändamålsenliga och bör förbättras.
- Informationen om tandvårdsstödet har fått större genomslag inom tandvården och berörda specialistkliniker men ytterligare utbildnings- och informationsinsatser krävs inom primärvården.
- Det finns skillnader i tolkning av regelverket kring stödet och därmed risk för att patienter inte bedöms på ett enhetligt sätt.



Torbjörn Pettersson
Revisor



Gunnar Asserhed
Revisor

Revisionsrapport

Tandvård för personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Region Östergötland

Anders Larsson, cert.
kommunal revisor

Cecilia Claudelin

Februari/2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	5
1.3. Kontrollfrågor	5
1.4. Revisionskriterier	5
1.5. Avgränsning.....	5
1.6. Metod.....	6
2. Iakttagelser och bedömningar	7
2.1. Finns det en ändamålsenlig organisation och ändamålsenliga rutiner för hantering av tandvårdsstödet?	8
2.1.1. Iakttagelser	8
2.1.2. Bedömning.....	8
2.2. Har regionen säkerställt att berörd personal fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller?.....	8
2.2.1. Iakttagelser	8
2.2.2. Bedömning.....	9
2.3. Har informationen fått genomslag och efterlevs riktlinjer och rutiner?	9
2.3.1. Iakttagelser	9
2.3.2. Bedömning.....	10
2.4. Finns ändamålsenliga system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet?	11
2.4.1. Iakttagelser	11
2.4.2. Bedömning.....	12

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning avseende tandvård för personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Granskningsobjekt är hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2017. Följande revisionsfråga ska besvaras:

Har Region Östergötland skapat tillräckliga förutsättningar för att personer som kan omfattas av stödet får del av detta?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionen delvis skapat förutsättningar för att personer som kan omfattas av stödet får del av detta. Vi bedömer att system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet inte är ändamålsenliga. Informationen om stödet har fått större genomslag inom tandvården och berörda specialistkliniker jämfört med primärvården. Det finns även skillnader i tolkning av regelverket kring stödet och därmed risk för att patienter inte bedöms på ett enhetligt sätt.

Den samlade revisionella bedömningen grundar sig på följande bedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Finns det en ändamålsenlig organisation och ändamålsenliga rutiner för hantering av tandvårdsstödet?

Vi bedömer att organisationen och de centralt framtagna rutinerna för hantering av tandvårdsstödet i huvudsak är ändamålsenliga.

Har regionen säkerställt att berörd personal fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller?

Vi bedömer att regionen inte helt säkerställt att berörda fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller. Tandvårdsenheten har tagit fram bra informationsmaterial och erbjuder dessutom utbildnings- och informationsinsatser. Vidare finns bra information att tillgå på intranätet. Samtidigt bedömer vi att ytterligare utbildningsinsatser krävs, då flera intervjuade inte erhållit utbildning. Verksamheten bör i större utsträckning nyttja möjligheten till informations- och utbildningsinsatser från tandvårdsenheten.

Har informationen fått genomslag och efterlevs riktlinjer och rutiner?

Vi bedömer att informationen fått bra genomslag inom tandvården och specialistkliniker, men att ytterligare utbildnings- och informationsinsatser krävs inom primärvården. Lokalt säkerställs att personalen informeras om tandvårdsstödet relativt väl inom tandvården och specialistvården. Primärvården bör mera aktivt informera berörda patienter eller anhöriga om tandvårdsstödet.

Beträffande efterlevnaden bedömer vi att det finns en risk för att olika tolkning av regelverket görs vid bedömning av patientens funktionsnedsättning och att bedömningar därmed inte sker på ett enhetligt sätt. Tydligare signaler kring tillämpning av regelverket bör eftersträvas i samband med utbildningstillfällen. Nyttjandet av arbetsterapeut i samband med bedömning är en bra modell för att erhålla en mera enhetlig tillämpning av regelverket.

Finns ändamålsenliga system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet?

Vi bedömer att system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet till personer med stora tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inte är ändamålsenliga. Detta mot bakgrund av att tandvårdsstödet inte framgår av verksamhetens uppdrag enligt överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden, av regler för vårdval inom primärvården eller av till exempel verksamhetsplaner inom primär- och specialistvården. Vi föreslår att tandvårdsstödet införs i regelboken för vårdval för primärvård motsvarande reglerna för 2016.

Det finns behov av att se över hur och i vilken omfattning återkoppling till sjukvårdande enheter i form av statistik om antalet patienter med tandvårdsstöd ska ske. Återkopplingen kan indikera vid vilka enheter informationsinsatser behövs, men kan också ge enheterna underlag för egen analys till exempel utifrån jämförelser med andra enheter.

1. *Inledning*

1.1. *Bakgrund*

Den 1 januari 2013 infördes ett tandvårdsstöd för personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar som baseras på Tandvårdsförordningen 3 a § (1998:1338), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (SOSFS 2012:17) samt utredningen Friskare tänder - till rimliga kostnader (SOU 2007:19).

Av regeringens proposition 2011/12:7 framgår att skälen till lagändringen är att patienter med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar ofta har behov av regelbunden och kostsam tandvård. Tandvårdsstödet är till för att stimulera ökad besöksfrekvens och minska de ekonomiska hindren för personer med stora tandvårdsbehov att genomföra den tandvård de behöver.

Av regeringens proposition 2011/12:7 framgår att tandvårdsstödet beräknades omfatta drygt 55 000 personer i Sverige. Det skulle innebära att cirka 2 500 personer skulle omfattas av stödet i Östergötland. För närvarande har drygt 1 000 personer beviljats stödet i Östergötland.

Några exempel på nedsättningar eller sjukdomar som omfattas av tandvårdsstödet är:

- svår psykisk funktionsnedsättning
- Parkinsons sjukdom
- MS (multipel skleros)
- ALS (amyotrofisk lateralskleros)
- symtom som kvarstår sex månader efter det att personen har fått hjärninfarkt eller hjärnblödning (stroke).

Granskningen genomförs i enlighet med revisionsplanen för 2017, vilken baseras på genomförd riskanalys. Hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för den granskade verksamheten.

Två förtroendevalda revisorer, Gunnar Asserhed och Monica Brodén, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma regionens hantering av tandvårdsstöd till personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Följande revisionsfråga ska besvaras:

Har Region Östergötland skapat tillräckliga förutsättningar för att personer som kan omfattas av stödet får del av detta?

1.3. Kontrollfrågor

Bedömningen har gjorts utifrån följande kontrollfrågor:

- Finns det en ändamålsenlig organisation och ändamålsenliga rutiner för hantering av tandvårdsstödet?
- Har regionen säkerställt att berörd personal fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller?
- Har informationen fått genomslag och efterlevs riktlinjer och rutiner?
- Finns ändamålsenliga system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet?

1.4. Revisionskriterier

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (SOSFS 2012:17)
- Tandvårdslag (1985:125)
- Tandvårdsförordningen 1998:1338, 3 a §
- Styrdokument, riktlinjer och övrig relevant dokumentation inom Region Östergötland

1.5. Avgränsning

Granskningen har avgränsats till intervjuer vid utvalda specialistkliniker vid sjukhusen, tandvårdskliniker och vårdcentraler samt till intervjuer med berörda tjänstemän vid regionens ledningsstab.

Följande specialistkliniker har valts: Reumatologiska kliniken i Östergötland, Psykiatriska kliniken i Linköping, Neurologiska kliniken i Linköping. Ursprungligen ingick Käkkliniken i Linköping i urvalet men ändrades till Sjukhustandvården i Linköping då Sjukhustandvården hanterar fler patienter med tandvårdsstöd.

Vidare har fem vårdcentraler samt tre tandvårdskliniker valts. Dessa är fördelade på de olika länsdelarna och ägandeformer enligt följande: Vårdcentralen Kolmården, Vårdcentralen Ljungsbro, Vårdcentralen Skärblackska, Vårdcentralen Marieberg, Helsa Vårdcentral Spiran (privat), Folktandvården Ekholmen, Folktandvården Sparven och Tandläkare Idmyr AB, Mjölby (privat).

Revisionsobjekt för granskningen är hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

En förstudie har genomförts för att få en översiktlig bild av hur regionen arbetar med tandvårdsstödet.

Genomgång har gjorts av regionens organisation, riktlinjer, avtal och andra relevanta dokument.

Intervjuer har genomförts med representanter för de utvalda enheterna. Antalet intervjuade uppgår till 17 stycken. Neurologiska kliniken har inte ställt upp på någon intervju varför granskningen inte helt kunnat genomföras enligt beslutad projektplan.

Ett utkast till revisionsrapport har översänts till intervjuade för sakavstämning. Även neurologiska kliniken har fått möjlighet att lämna synpunkter på utkastet på rapporten men inte kommenterat detta.

2. Iakttagelser och bedömningar

Det finns flera olika tandvårdsstöd. Alla som bor i Sverige har rätt till ett statligt tandvårdsstöd från och med det år man fyller 23 år. Detta administreras av försäkringskassan. Tandvård för barn och unga och övriga tandvårdsstöd för vuxna administreras av landsting och regioner. Flera av tandvårdsstöden kräver läkarintyg eller intyg av personer som utbildats för detta, vanligtvis sjuksköterskor. Denna granskning avser enbart tandvårdsstöd till personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Antalet beviljade tandvårdsstöd i riket framgår av Sveriges Kommuner och Landstings senaste uppföljning (Källa: SKL PM 2017-10-09 Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2016):

Tabell 9 Antal personer med intyg samt kostnader år 2016 för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, per landsting

Landsting	Antal personer med intyg (kort) för tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	Antal med intyg per 10 000 invånare 20 år och äldre	Antal personer som fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	Kostnad, tkr	Kostnad per behandlad, kr
Stockholms läns landsting	3 399	19,7	2 494	20 869	8 368
Landstinget i Uppsala län	403	14,5	347	2 755	7 939
Landstinget Sörmland	468	21,2	408	2 542	6 230
Region Östergötland	1 031	29,5	824	4 627	5 615
Region Jönköpings län	748	27,8	494	2 388	4 834
Region Kronoberg	450	30,2	307	2 248	7 322
Landstinget i Kalmar län	553	29,1	390	2 385	6 115
Region Gotland (landsting)	164	35,5	140	880	6 286
Landstinget Blekinge	383	31,1	317	2 088	6 587
Region Skåne	2 156	21,2	1 687	11 329	6 715
Region Halland	667	27,2	469	3 088	6 584
Västra Götalandsregionen	2 566	19,9	2 028	12 386	6 107
Landstinget i Värmland	293	13,3	255	1 570	6 157
Region Örebro län	357	15,7	263	1 645	6 255
Landstinget Västmanland	724	35,0	600	4 046	6 743
Landstinget Dalarna	581	26,2	471	2 643	5 611
Region Gävleborg	657	29,5	564	3 893	6 902
Landstinget Västernorrland	238	12,4	188	954	5 074
Region Jämtland Härjedalen	152	15,1	134	819	6 112
Västerbottens läns landsting	424	20,4	291	1 759	6 045
Norrbottens läns landsting	u.s.	u.s.	u.s.	u.s.	u.s.
Totalt	16 414	21,3	12 671	84 914	6 701

u.s. = uppgift saknas

2.1. Finns det en ändamålsenlig organisation och ändamålsenliga rutiner för hantering av tandvårdsstödet?

2.1.1. Iakttagelser

Regionfullmäktige anger i strategisk plan med treårsbudget de övergripande målen för verksamheten. Regionstyrelsen är styrelse för regionens samlade verksamheter och ska övervaka att de av fullmäktige fastställda målen och planerna för verksamheten följs. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård inklusive tandvård samt stöd och service till vissa funktionshindrade.

På tjänstemannanivån inom regionens ledningsstab finns en tandvårdsenhet. Denna ansvarar bland annat för planering och uppföljning inom tandvårdsområdet och administration kring regionens tandvårdsstöd där tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ingår.

Beträffande tandvårdsstödet för personer med stora tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning krävs läkarintyg. Intyget sänds in till tandvårdsenheten som, efter godkännande, utfärdar ett tandvårdskort till berörd person. Tandvårdsenhetens kontroll är formell, det vill säga bedömningar av till exempel graden av funktionsnedsättning ifrågasätts inte.

Anvisningarna är utförliga och anger att bedömningen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2012:17. Anvisningarna innehåller även kommentarer och förtydliganden för varje patientkategori som kan omfattas av tandvårdsstödet. På regionens intranät finns även länk till blanketten för läkarintyget som framtagits av Socialstyrelsen. Läkarintyget finns även digitalt i Cosmic.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att organisationen och de centralt framtagna rutinerna för hantering av tandvårdsstödet i huvudsak är ändamålsenliga.

2.2. Har regionen säkerställt att berörd personal fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller?

2.2.1. Iakttagelser

Tandvårdsenheten arbetar med informationsinsatser kring tandvårdsstödet dels genom besök i verksamheterna, dels genom framtagande av och distribution av broschyrer och anvisningar.

Inför att tandvårdsstödet till personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes från och med 1 januari 2013 skrev dåvarande tandvårdsgruppen (nuvarande tandvårdsenheten) till berörda läkare om tandvårdsstödet och de rutiner som gäller för läkarintyget och tandvårdskortet. I samband med införandet gavs också muntliga informations- och utbildningsinsatser till verksamheten. Däremot är

det relativt få av dem som anställts under de senaste åren som fått utbildning. Tandvårdsenheten erbjuder även informationsinsatser efter önskemål från verksamheten. Det finns dock inga krav från den regionövergripande nivån på att personal ska genomgå utbildning. Den bild vi får från intervjuerna är att möjligheten till utbildning och information för närvarande inte nyttjas i någon större utsträckning.

Vidare framkommer i intervjuerna, att inom tandvården ingår tandvårdsstödet som en del i utbildningen kring tandvårdssystemet. I övrigt görs informations- och utbildningsinsatser främst inom specialistvården. Flera av de intervjuade, i huvudsak inom primärvården, kan inte påminna sig att de erhållit någon utbildning. I samband med olika träffar och utbildningsdagar för personalen är det ofta så många andra frågor som prioriteras att det inte finns utrymme för frågor kring tandvårdsstödet.

Anvisningar för regionens tandvårdsstöd finns, förutom att de distribueras ut till enheterna, även tillgängliga på regionens webbplats.

Information om tandvårdsstödet finns även på 1177 Vårdguiden, där den också finns översatt till nio andra språk.

Förutom anvisningar har tandvårdsenheten tagit fram ett flertal broschyrer som kan användas för att informera patienter och anhöriga samt lathundar för vårdpersonal. En broschyr beskriver övergripande de olika tandvårdsstöden och specifika broschyrer beskriver respektive tandvårdsstöd. Broschyren över samtliga tandvårdsstöd finns tillgänglig att beställa som basinformation för väntrum.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att regionen inte helt säkerställt att berörda fått information om tandvårdsstödet samt vilka riktlinjer och rutiner som gäller. Tandvårdsenheten har tagit fram bra informationsmaterial och erbjuder dessutom utbildnings- och informationsinsatser. Vidare finns bra information att tillgå på intranätet. Samtidigt bedömer vi att ytterligare utbildningsinsatser krävs, då flera intervjuade inte erhållit utbildning. Verksamheten bör i större utsträckning nyttja möjligheten till informations- och utbildningsinsatser från tandvårdsenheten.

2.3. Har informationen fått genomslag och efterlevs riktlinjer och rutiner?

2.3.1. Iakttagelser

Av intervjuerna framkommer att tandvårdsstödet till personer som har stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är mycket välkänt inom tandvården och specialistvården. Däremot är det mindre känt inom primärvården.

Det är, enligt de intervjuade, ovanligt att frågan om tandvårdsstöd lyfts av primärvårdens personal. Vanligast är att patienten erhåller information vid besök i tandvården och då också får broschyrer och blanketten för läkarintyget med sig till besöket i primärvården. Det förekommer också att frågan initieras av patienten själv eller av anhöriga.

Av intervjuerna inom primärvården framkommer att frågan om tandvårdsstöd har relativt låg prioritet och att incitament saknas för att ta upp frågan. Vidare tar bedömningen tid

och det finns inte utrymme att ta upp och bedöma behovet av tandvårdsstöd i samband med ett besök av annan anledning. I stället krävs ett särskilt besök för en sådan bedömning.

Vidare konstateras att det är relativt få patienter inom primärvården som berörs av tandvårdsstödet och läkarna får därmed ingen vana att tillämpa regelverket. Regelverket upplevs också vara komplext, då det finns flera olika tandvårdsstöd.

Både från specialistvården och primärvården uppges att det är otydligt hur stora svårigheter eller vilken grad av funktionsnedsättning som krävs för att patienten ska vara berättigad till tandvårdsstödet. Olika signaler har gått ut vid olika tidpunkter, till exempel att bedömningen ska vara restriktiv eller att funktionsnedsättningen ska vara 50 % eller mer.

Av intervjuerna framgår att specialistklinikerna hanterar fler ärenden. Reumatologiska kliniken diskuterar ärendena internt oftare och tar också upp tandvårdsstödet på möten på kliniken. Vidare nyttjar reumatologiska kliniken alltid en arbetsterapeut i samband med bedömning av patientens funktionsnedsättning. Detta uppges ge mer erfarenhet och en enhetligare bedömning av patienten.

Några ifrågasätter den prognos som togs fram för riket inför lagens ikraftträdande och menar på att prognosen är för högt beräknad. Samtidigt kan noteras att antalet utfärdade tandvårdskort fortfarande ökar både inom regionen och på nationell nivå.

Av intervjuerna framkommer det att stödet inom tandvården är välkänt. Information om stödet ingår i introduktion av nyanställd personal samt ingår i utbildning kring tandvårdssystemet. Det är också vanligt förekommande att tandvården informerar patienter och därmed initierar att en ansökan om stödet görs. I detta sammanhang kan nämnas att av intervjuerna framkommer en viss problematik, då tandvården och sjukvården gör olika tolkningar av regelverket. Det uppges inte vara helt ovanligt att patienten förväntar sig att erhålla ett läkarintyg efter att ha fått information och blankett hos tandläkaren, men att läkaren i nästa steg bedömer att patienten inte är berättigad till tandvårdsstödet.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att informationen fått bra genomslag inom tandvården och specialistklinikerna, men att ytterligare utbildnings- och informationsinsatser krävs inom primärvården. Lokalt säkerställs att personalen informeras om tandvårdsstödet relativt väl inom tandvården och specialistvården. Primärvården bör mera aktivt informera berörda patienter eller anhöriga om tandvårdsstödet.

Beträffande efterlevnaden bedömer vi att det finns en risk för att olika tolkning av regelverket görs vid bedömning av patientens funktionsnedsättning och att bedömningar därmed inte sker på ett enhetligt sätt. Tydligare signaler kring tillämpning av regelverket bör eftersträvas i samband med utbildningstillfällen. Nyttjandet av arbetsterapeut i samband med bedömning är en bra modell för att erhålla en mera enhetlig tillämpning av regelverket.

2.4. Finns ändamålsenliga system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet?

2.4.1. Iakttagelser

Regionens politiska organ och dess produktionsenheter använder en gemensam metod, balanserad verksamhetsstyrning, för att erhålla en styrningslogik från politisk nivå till verksamhetsnivå. I regionfullmäktiges strategiska plan fastställs övergripande strategiska mål. I fullmäktiges strategiska plan med treårsbudget för 2017-2019 anges att hälso- och sjukvårdsnämnden ska, i sin beställarroll, verka för en bra hälsa hos befolkningen och en bra hälso- och sjukvård inklusive tandvård samt stöd och service till vissa funktionshindrade med fokus på medborgarnas behov.

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2017 innehåller ingen ytterligare konkretisering beträffande tandvård samt stöd och service till vissa funktionshindrade. Tandvårdsstödet omnämns inte heller i de överenskommelser som tecknats mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvården eller specialistvården.

I regelverket kring vårdval inom primärvården 2016 "Vårdval Östergötland – regelbok för vårdval primärvård 2016" framgår följande under särskilda uppdrag: "Som patient ska jag erbjudas skriftlig och muntlig information om och tillgång till de tandvårdsstöd som jag har rätt till." Vidare framgår att leverantören ska ta fram rutiner för att identifiera patienter samt ge information till patienter och närstående om tandvårdsstöden. Leverantören ska också ta fram rutiner för utfärdande av intyg till tandvårdsstöd samt utfärda intyg till berättigade individer. I regelverken för 2017 och 2018 omnämns inte tandvårdsstödet. Under intervjuerna har det inte framkommit att vårdcentralerna tagit fram sådana rutiner.

Folktandvården lyfter fram tandvårdsstödet i sin verksamhetsplan för 2017. Av denna framgår att det i uppdraget ingår att ge information till berörda och närstående om tandvårdsstöden. Motsvarande återfinns inte i verksamhetsplanerna för övriga i granskningen utvalda enheter.

Närsjukvården i centrala Östergötland, där neurologiska kliniken i Linköping ingår, lyfter i sin årsredovisning för 2016 fram att måluppfyllelsen avseende sjukdomsförebyggande arbete med rutiner för att informera om tandvårdsstöd är god.

Under år 2016 följdes ett resultatmätt avseende tandvårdsstöd. Resultatmättet avsåg rutiner inom primärvården. Resultatmättet var nytt för 2016 men var borttaget 2017. Av regionens årsredovisning 2016 framgår följande:

Strategiskt mål	Framgångsfaktor	Resultatmätt	Mål	Resultat 2016
Kunskapsbaserad verksamhet	Utveckling av vårdens förhållningssätt och värdegrund för ökad delaktighet och jämlikhet samt utveckling av sjukdomsförebyggande arbete	Andel vårdcentraler som har rutiner för att informera berörda patienter och närstående och vid behov utfärda intyg om tandvårdsstöd	>50%	Rutiner att identifiera: 55 % Rutiner att utfärda intyg: 82 %

Av intervjuerna framkommer att statistik kring tandvårdsstödet finns tillgänglig i tandvårdssystemet. Däremot finns inte statistik kring tandvårdsstödet tillgänglig inom primär- och specialistvården. Flera uppger att det vore en fördel att se statistik kring tandvårdsstödet för respektive vårdcentral.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att system och rutiner för styrning och uppföljning av tandvårdsstödet till personer med stora tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inte är ändamålsenliga. Detta mot bakgrund av att tandvårdsstödet inte framgår av verksamhetens uppdrag enligt överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden, av regler för vårdval inom primärvården eller av till exempel verksamhetsplaner inom primär- och specialistvården. Vi föreslår att tandvårdsstödet införs i regelboken för vårdval för primärvård motsvarande reglerna för 2016.

Det finns behov av att se över hur och i vilken omfattning återkoppling till sjukvårdande enheter i form av statistik om antalet patienter med tandvårdsstöd ska ske. Återkopplingen kan indikera vid vilka enheter informationsinsatser behövs, men kan också ge enheterna underlag för egen analys till exempel utifrån jämförelser med andra enheter.

2018-02-28

REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:

Regionstyrelsen

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden

För kännedom till:

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Patientnämnden

Regionutvecklingsnämnden

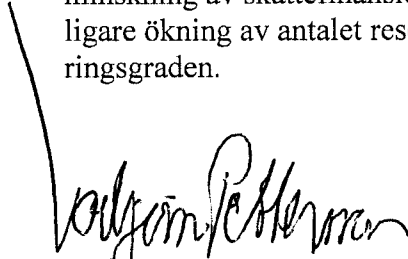
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen

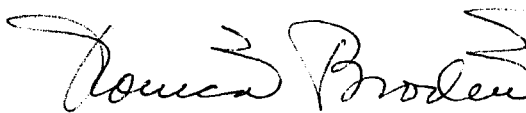
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Kollektivtrafik – mål och uppföljning – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om regionen bedriver ett ändamålsenligt arbete med kollektivtrafik i enlighet med fullmäktiges mål. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen och trafik- och samhällsplaneringsnämnden i allt väsentligt bedriver ett ändamålsenligt arbete med kollektivtrafik i enlighet med fullmäktiges mål.
- Det finns en samstämmighet i målbild, styrning och uppföljning inom de olika nivåerna i Region Östergötland samt i AB Östgötatrafiken.
- Det finns en utmaning i att nå målet om ökat resande i kombination med en minskning av skattefinansieringsgrad. För att nå de långsiktiga målen krävs ytterligare ökning av antalet resenärer samt en fortsatt minskning av skattefinansieringsgraden.


Torbjörn Pettersson
Revisor


Monica Brodén
Revisor

Revisionsrapport

Kollektivtrafik – mål och uppföljning Region Östergötland

*Matti Leskelä, cert.
kommunal revisor*

Felix Miranda Thyren

Februari 2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Revisionsfråga	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Kontrollfrågor	3
1.5. Avgränsning.....	3
1.6. Metod.....	4
2. Granskningsresultat	5
2.1. Styrning och åtgärder för att nå fullmäktiges mål för kollektivtrafik	5
2.1.1. Iakttagelser	5
2.1.2. Bedömning.....	8
2.2. Uppföljning av kollektivtrafiken	9
2.2.1. Iakttagelser	9
2.2.2. Bedömning.....	9
2.3. Hanteras målkonflikter som kan uppstå mellan olika mål?	9
2.3.1. Iakttagelser	9
2.3.2. Bedömning.....	11
2.4. Hantering av resenärers och medborgares synpunkter och nytta	11
2.4.1. Iakttagelser	11
2.4.2. Bedömning.....	12
2.5. Forum för dialog och samverkan med andra aktörer	12
2.5.1. Iakttagelser	12
2.5.2. Bedömning.....	13

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande kollektivtrafik. Granskningsobjekt är regionstyrelsen och trafik- och samhällsplaneringsnämnden. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2017.

Genomförd granskning har resulterat i nedanstående svar på revisionsfråga:

Bedriver regionen ett ändamålsenligt arbete med kollektivtrafik i enlighet med fullmäktiges beslutade mål?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen och trafik- och samhällsplaneringsnämnden i allt väsentligt bedriver ett ändamålsenligt arbete med kollektivtrafik i enlighet med fullmäktiges mål.

Bedömningen grundar sig på följande fem delbedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Finns en ändamålsenlig styrning och vidtas åtgärder för att nå fullmäktiges mål avseende kollektivtrafik?

Kontrollmålet bedöms som uppfyllt. Vi bedömer att det i allt väsentligt finns en ändamålsenlig styrning och att åtgärder vidtas för att nå fullmäktiges mål avseende kollektivtrafik. Vi grundar vår bedömning på att det finns styrande mål i tillräcklig omfattning och en samstämmighet i styrning och målbild inom de olika nivåerna i Region Östergötland samt i AB Östgötatrafiken.

Sker en ändamålsenlig uppföljning av kollektivtrafiken?

Kontrollmålet bedöms som uppfyllt. Vi bedömer att uppföljningen i allt väsentligt är ändamålsenlig. Uppföljningen av kollektivtrafiken för Region Östergötland i sin helhet, trafik- och samhällsplaneringsnämnden samt AB Östgötatrafiken hänger väl samman.

Hanteras målkonflikter som kan uppstå mellan olika mål?

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt. Bedömningen är att det finns en utmaning i att nå mål om ökat resande i kombination med en minskning av subventionsgrad. Målen bedöms som utmanande men inte helt orealistiska utifrån nuvarande utveckling.

Tas hänsyn till resenärernas och medborgarnas synpunkter/nytta i beslutsfattandet?

Kontrollmålet bedöms som uppfyllt. Vi bedömer att hänsyn tas till resenärers och medborgares synpunkter i rimlig omfattning utifrån de ekonomiska förutsättningarna. Bolaget har relativt sett en god kundnöjdhet. Det bedöms finnas processer och verktyg för att inhämta resenärers och medborgares synpunkter och beakta dessa i beslutsfattandet.

Finns fungerande forum för dialog och samverkan med andra relevanta aktörer?

Kontrollmålet bedöms till största del som uppfyllt. Vi grundar bedömningen på att det finns en befintlig mötesstruktur med för regionen relevanta aktörer inom kollektivtrafikområdet samt att intervjuerna indikerar att dessa möten fungerar väl.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I Region Östergötlands Strategiska plan med treårsbudget 2017-2019 konstateras att regionen i rollen som regional kollektivtrafikmyndighet ansvarar för all kollektivtrafik i länet och för att utveckla en attraktiv samt effektiv kollektivtrafik. Kopplat till detta finns ett antal mål, däribland att kollektivtrafiken ska vara tillgänglig, kostnadseffektiv samt kunna ersätta resor med bil.

Kollektivtrafikfrågorna hanteras av trafik- och samhällsplaneringsnämnden på uppdrag av regionfullmäktige. AB Östgötatrafiken ägs av Region Östergötland och har ansvaret att sköta den dagliga driften. Östgötatrafiken är också myndighetsstöd och bolagets VD är föredragande tjänsteman i nämnden.

Regionens långsiktiga mål avseende kollektivtrafiken beskrivs i Regionalt trafikförsörjningsprogram 2030. I programmet återfinns tre målområden med 13 tillhörande indikatorer. Ambitionen är att nå dessa till år 2030. Flera av regionens målsättningar är förhållandevis ambitiösa och kräver ökade satsningar för att nå måluppfyllelse. Med anledning av detta har revisorerna utifrån sin riskbedömning beslutat att under 2017 genomföra en fördjupad granskning inom kollektivtrafik.

1.2. Revisionsfråga

Bedriver regionen ett ändamålsenligt arbete med kollektivtrafik i enlighet med fullmäktiges beslutade mål?

1.3. Revisionskriterier

- Strategisk plan med treårsbudget 2017-2019.
- Regionalt trafikförsörjningsprogram 2030.
- För området relevanta styrande dokument.

1.4. Kontrollfrågor

- Finns en ändamålsenlig styrning och vidtas åtgärder för att nå fullmäktiges mål avseende kollektivtrafik?
- Sker en ändamålsenlig uppföljning av kollektivtrafiken?
- Hanteras målkonflikter som kan uppstå mellan olika mål?
- Tas hänsyn till resenärernas och medborgarnas synpunkter/nytta i beslutsfattandet?
- Finns fungerande forum för dialog och samverkan med andra relevanta aktörer?

1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till trafik- och samhällsplaneringsnämnden samt regionstyrelsen. Vidare är granskningen avgränsad till den allmänna kollektivtrafiken i Region Östergötland.

1.6. *Metod*

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier samt analys av ekonomiska nyckeltal, statistik, beslutsunderlag och genomförda uppföljningar. Intervjuer har genomförts med berörda tjänstemän inom regionen samt AB Östgötatrafiken. Följande funktioner har intervjuats:

- Regionutvecklingsdirektör, Region Östergötland
- VD, Östgötatrafiken AB
- Marknadschef, Östgötatrafiken AB
- Trafikchef, Östgötatrafiken AB
- Controller, Östgötatrafiken AB
- Chef för beställningstrafiken, Östgötatrafiken AB
- Miljö- och samhällsstrateg, Östgötatrafiken AB
- Controller, Region Östergötland

Antalet intervjuer har uppgått till nio stycken. Rapporten är avstämd med intervjuade som erhållit ett rapportutkast samt erbjudits att lämna synpunkter. Två förtroendevalda revisorer, Monica Brodén och Christian Nordin Olsson, har följt granskningen.

2. Granskningsresultat

Den kollektivtrafiklag som började gälla 2012 slog fast att varje län ska ha en regional trafikförsörjningsmyndighet och att denna ska upprätta ett regionalt trafikförsörjningsprogram, i vilket mål och behov av kollektivtrafik för länet framgår.

Kollektivtrafikfrågorna i Region Östergötland hanteras av trafik- och samhällsplaneringsnämnden på uppdrag av regionfullmäktige. AB Östgötatrafiken (benämns i rapporten Östgötatrafiken) ägs av Region Östergötland och har ansvaret att sköta den dagliga driften. Östgötatrafiken är också myndighetsstöd och bolagets VD är föredragande tjänsteman i trafik- och samhällsplaneringsnämnden.

2.1. Styrning och åtgärder för att nå fullmäktiges mål för kollektivtrafik

2.1.1. Iakttagelser

Nedan redogörs för centrala styrande dokument som rör kollektivtrafiken. Dessa är:

- Regionalt utvecklingsprogram 2030 för Östergötland
- Länsplan för regional transportinfrastruktur 2014–2025
- Strategisk plan med treårsbudget 2017-2019
- Regionalt trafikförsörjningsprogram för Östergötland 2030
- Trafik- och samhällsplaneringsnämndens verksamhetsplan 2017
- Trafik- och verksamhetsbeställning
- Östgötatrafikens affärsplan

Vissa intervjuade framhåller att målstrukturen är förhållandevis omfattande, även om det pågår ett medvetet arbete för att den ska hänga ihop. Det framförs att de mål som finns i strategiska planen och i det regionala trafikförsörjningsprogrammet kan samordnas ytterligare. Granskningsvisar dock att målen är relativt samordnade även om måldokumentationen är många. Exempel på mål anges nedan under respektive måldokument.

2.1.1.1. Regionalt utvecklingsprogram 2030 för Östergötland

Regionalt utvecklingsprogram 2030 innehåller tre övergripande mål:

- Goda livsvillkor för regionens invånare
- Ett starkt näringsliv och hög sysselsättning
- Hållbart nyttjande av naturens resurser

Till dessa tillkommer en beskrivning av regionens förutsättningar och utmaningar. Vidare tillkommer åtta strategier, vilka anger handlingsinriktning utifrån uppsatta mål. Till strategierna finns i sin tur kopplat ett antal rekommendationer. Här framgår sex rekommendationer med bäring på kollektivtrafiken:

- Planera för bilfria arbetsresor
- Förbättrad framkomlighet för kollektivtrafiken

- Starka kollektivtrafikstråk
- Effektiva omstigningspunkter
- Utveckla möjligheten att kombinera cykel- och kollektivtrafikresor
- Öka kapaciteten på Södra stambanan

2.1.1.2. Länsplan för regional transportinfrastruktur 2014–2025

I Länsplan för regional transportinfrastruktur 2014–2025 beskrivs vilka åtgärder som ska prioriteras inom transportinfrastrukturen i Östergötland. Planen har sin utgångspunkt i det regionala utvecklingsprogrammet, regionala miljömål, nationella transportpolitiska mål samt klimatmål, trafikverkets kapacitetsutredning samt regeringens infrastrukturproposition. Målen i länsplanen hämtas från det regionala utvecklingsprogrammet samt det regionala trafikförsörjningsprogram för Östergötland.

2.1.1.3. Regionalt trafikförsörjningsprogram

Regionalt trafikförsörjningsprogram 2030 fastställdes under 2016. I programmet beskrivs regionens mål och strategier för kollektivtrafikens utveckling. Det strategiska målet är:

”Kollektivtrafiken – ett positivt sätt att resa. För medborgaren, samhället och miljön.”

Utifrån detta har tre målområden tagits fram. Kopplat till respektive målområde finns ett antal indikatorer, totalt 13 stycken:

- Kollektivtrafiken – ett attraktivt och enkelt sätt att resa. Under målområdet finns fem indikatorer. En av dessa är:
 - Kollektivtrafikens marknadsandel ska uppgå till minst 32 %.

Övriga fyra indikatorer avser kundnöjdhet och tillgänglighetsanpassning.

- Kollektivtrafiken – ett verktyg för en hållbar regional utveckling. Under målområdet finns fyra indikatorer avseende restider och stadstrafikens medelhastighet.
- Kollektivtrafiken – ett klimatpositivt sätt att resa. För detta målområde finns fyra indikatorer avseende ökad klimatnytta, utsläppsnivå samt fossilfria drivmedel.

2.1.1.4. Strategisk plan med treårsbudget 2017-2019 samt regionens mål- och uppföljningsdokument

I Strategiska plan med treårsbudget 2017-2019 finns strategiska mål samt underliggande framgångsfaktorer för kollektivtrafiken, utifrån fyra av regionens fem perspektiv (Samhälle, Medborgare, Process, Medarbetare samt Ekonomi). Regionfullmäktiges mål bryts även ner i *Region Östergötlands mål- och uppföljningsdokument (MUD)*.

Nedan redovisas ett av de strategiska målen i planen med underliggande framgångsfaktor, nyckelindikator samt resultat-/processmått från MUD:

Strategiskt mål: Östergötland ska vara miljömässigt hållbart (Perspektiv: Samhälle)

Framgångsfaktor: En kollektivtrafik som kan ersätta resor med bil (TSN)

nr	Framgångsfaktor	Nyckelindikator	Ingångsvärde	Mål 2017	→	Mål 2019	Källa	Period
12	En kollektivtrafik som kan ersätta resor med bil (TSN)	Andelen tätorter i länet där restidskvoten mellan en resa med kollektivtrafiken till Linköping eller Norrköping och motsvarande resa med bil är högst 1,5.	2015: 31,9 %	Ska öka		Ska öka	Östgötrafiken	ÅR

Resultat-/processmätt:

nr	Resultatmätt/processmätt	Ingångsvärde	Mål 2017	→	Mål 2019	Källa	Period
13	Körsträcka i bil per invånare (mil)	2015: 652	Enligt trend 620		Enligt trend 611	RUS/Länsstyrelsen	ÅR
14	Utsläpp av klimatpåverkande ämnen från kollektivtrafiken i förhållande till antalet resande i kollektivtrafik.	2015: 20,5 g /person-kilometer	24 g /person-kilometer		23 g /person-kilometer	Östgötrafiken	ÅR

Det finns utöver detta en liknande struktur inom andra områden såsom exempelvis tillgänglighet samt ekonomi. Tillgängligheten mäts genom anpassningsgraden för hållplatser samt fordon och resultatmättets utfall ska redovisas i samband med tertialrapporter samt årsredovisning. De ekonomiska indikatorerna i form av exempelvis samhällsfinansieringsgrad redovisas löpande.

Beträffande ekonomin är målsättningen på kort sikt att andelen av kollektivtrafiken som finansieras med skattemedel successivt ska minska. Den långsiktiga målsättningen är att resenärernas andel av finansieringen blir lika stor som det offentliga.

2.1.1.5. Trafik- och samhällsplaneringsnämndens verksamhetsplan 2017

I trafik- och samhällsplaneringsnämndens verksamhetsplan beskrivs styrningen avseende kollektivtrafiken. Denna verksamhetsplans inriktning hänger väl samman med uppdraget i den strategiska planen och innehåller strategiska mål enligt nedan för de fyra perspektiven Samhälle, Medborgare, Process samt Ekonomi.

Styrkortskarta TSN				
	Samhälle	Medborgare	Process	Ekonomi
Strategiska mål	(A) Utvecklad regional handlingsförmåga	(A) Hög tillgänglighet till Region Östergötlands verksamheter	(A) Effektiv verksamhet	(A) Ekonomi som ger handlingsfrihet
	(B) Goda och jämlika livsvillkor	(B) Goda res- och transportmöjligheter		(B) Kostnadseffektiv verksamhet
	(C) Östergötland ska vara miljömässigt hållbart			

Under de strategiska målen finns sammanlagt 15 framgångsfaktorer fördelade på de fyra perspektiven. Dessa framgår av trafik- och samhällsplaneringsnämnden styrkortskarta ur verksamhetsplanen för 2017 (se ovan).

2.1.1.6. Trafik- och verksamhetsbeställning

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden fastställer årligen en trafik- och verksamhetsbeställning som anger omfattning och innehåll för uppdraget till Östgötrafiken under det kommande året. Av beställningen 2017 framgår att Östgötrafiken har att förhålla sig till

trafik- och verksamhetsbeställningen på samma sätt som till andra styrande dokument gällande planering och uppföljning. Av dokumentet framgår vilka stråk som ska finansieras av den upphandlade, allmänna kollektivtrafiken, samt budgeterad biljettintäkt, trafik-kostnad och kostnadstäckningsgrad. Den budgeterade kostnadstäckningsgraden, det vill säga den andel av kostnaden som finansieras av biljettintäkter, varierar mellan 75 % för busstrafiken Linköping-Norrköping till 3 % för skärgårdstrafiken.

2.1.1.7. Affärsplan

Affärsplan antas för en period av tre år. Denna utgår enligt de intervjuade primärt från det regionala trafikförsörjningsprogrammet samt den strategiska planen. I affärsplanen har Östgötatrafiken fastställt två huvudmål:

- Ta marknadsandelar från biltrafiken
- Vara det naturliga valet vid resor

Vidare framgår sju perspektiv och mål för 2017-2019, utifrån regionens fem perspektiv:



Av intervjuer framgår att ökat resande är det mest centrala målet inom bolaget, och det som man valt att prioritera främst. Vidare framgår att man genom att öka resandet också kan uppnå andra övergripande mål, framförallt avseende en marknadsandel på 32 % 2030, såsom anges i det regionala trafikförsörjningsprogrammet. De intervjuade framhåller att marknadsandelen påverkas av en mängd faktorer som är svåra att påverka.

Östgötatrafiken ska i mars lämna underlag till nämnden avseende strategiska verksamhetsfrågor samt budget för de kommande tre åren. Detta används i arbetet med regionens strategiska plan samt nämndens beställning till Östgötatrafiken.

De långsiktiga målet avseende marknadsandel har även brutits ner utifrån skattade trafikprognoser. Utifrån detta framhåller de intervjuade att regionen behöver en resandeökning med cirka en miljon resor årligen för att nå önskad marknadsandel om 32 % år 2030.

Målen i Östgötatrafikens affärsplan speglar de mål som fullmäktige beslutat rörande kollektivtrafiken.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns en ändamålsenlig styrning och att åtgärder vidtas för att nå fullmäktiges mål avseende kollektivtrafik.

Vi grundar vår bedömning på att det finns styrande mål i tillräcklig omfattning och en samstämmighet i styrning och målbild inom de olika nivåerna i Region Östergötland samt i AB Östgötatrafiken.

2.2. Uppföljning av kollektivtrafiken

2.2.1. Iakttagelser

Regionen deltar sedan 2017 i den rikstäckande "Kollektivtrafikbarometern" som är en branschgemensam kvalitets- och attitydundersökning som genomförs av Svensk kollektivtrafik¹. Detta ger enligt intervjuerna en uppföljning som underlättar jämförelser med andra regioner i riket. Statistiken går även att bryta ner på olika grupper av resenärer. Före år 2017 genomfördes uppföljningen i egen regi. Enligt uppgift ska ett "Trafikbokslut" göras från och med 2018. Detta kan ge ytterligare jämförelsemöjligheter mellan kommuner i länet.

Av intervjuer framgår att uppföljningen av de mål som återfinns i regionens strategiska plan samt mål- och uppföljningsdokument sammanställs av controllerenheten inom regionen. De får i sin tur in underliggande data från Östgötatrafiken. Av intervjuerna framgår även att Östgötatrafiken är delaktiga vid framtagande av indikatorer.

Av trafik- och samhällsplaneringsnämndens verksamhetsplan framgår hur verksamhetsplanen följs upp. Områdena i verksamhetsplanen följs upp under året. De huvudsakliga formerna för uppföljning är delårsrapporter samt årsredovisning. Vidare sker enligt uppgift uppföljning vid de kunskapsammanträden som hålls två gånger om året.

Enligt intervjuerna följs målen för kollektivtrafiken i strategisk plan och mål- och uppföljningsdokument (MUD) upp på samma vis som för regionen i övrigt. Det poängteras en svårighet att följa upp de mer långsiktiga målen. Av regionens årsredovisning för 2016 samt trafik- och samhällsplaneringsnämndens delårsrapportering under 2017 framgår att nyckelindikatorerna för kollektivtrafiken mäts och utfallen rapporteras.

Den uppföljning som sker i Östgötatrafiken utgör underlag till regionens uppföljning.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att uppföljningen i allt väsentligt är ändamålsenlig. Uppföljningen av kollektivtrafiken för Region Östergötland i sin helhet, trafik- och samhällsplaneringsnämnden samt AB Östgötatrafiken hänger väl samman.

2.3. Hanteras målkonflikter som kan uppstå mellan olika mål?

2.3.1. Iakttagelser

Av intervjuer framgår att den balanserade styrningen sammantaget är en utmaning, och att flera mål står i konflikt med varandra, exempelvis ökad kundnöjdhet och sänkt subventionsgrad.

¹ Svensk Kollektivtrafik är en branschorganisation för länstrafikbolag och regionala kollektivtrafikmyndigheter, se även <http://www.svenskkollektivtrafik.se>.

Kostnaderna för kollektivtrafiken finansieras genom intäkter från biljetter samt skattemedel. För den avtalade kollektivtrafiken har finansieringen genom skattemedel i Östergötland ökat mer än finansieringen genom biljettintäkter. Mellan 2005-2014 ökade subventionsgraden, det vill säga den andel som finansieras av skattemedel, från cirka 55 % till över 60 % enligt trafikförsörjningsprogrammet. För årets första åtta månader 2017 var subventionsgraden 56 %. Det finns en målsättning om att denna skall minska till 50 %. Av det regionala trafikförsörjningsprogrammet framgår att ”Krav måste kunna ställas på att kunderna betalar hälften av kostnaderna för den höga samhällsservice ett kollektivtrafiksystem enligt trafikförsörjningsprogrammets mål och intentioner innebär.” Vidare anges bl.a. att en ökad satsning på den del av trafikutbudet som är konkurrenskraftigt med bilen krävs.

Av det regionala trafikförsörjningsprogrammet framgår vidare:

”För viss trafik kan Region Östergötland fatta beslut om att trafiken ska bedrivas utifrån skäl som inte kan motiveras utifrån regional utveckling eller stora efterfrågemässiga behov. Vid beräkning av subventionsgraden i den avtalade kollektivtrafiken medtas därför inte kostnader och intäkter för trafik som bedrivs utifrån denna typ av politiska beslut. Även Närtrafiken som till sin roll är tänkt att erbjudas i områden där det inte är motiverat med linjelagd kollektivtrafik, ska undantas vid beräkningar av subventionsgraden.”

I trafik- och verksamhetsbeställning för 2018 är kostnadstäckningsgraden beräknad till 45 %. Det finns således ett mål om subventionsgrad som i nuläget är långt ifrån att uppfyllas.

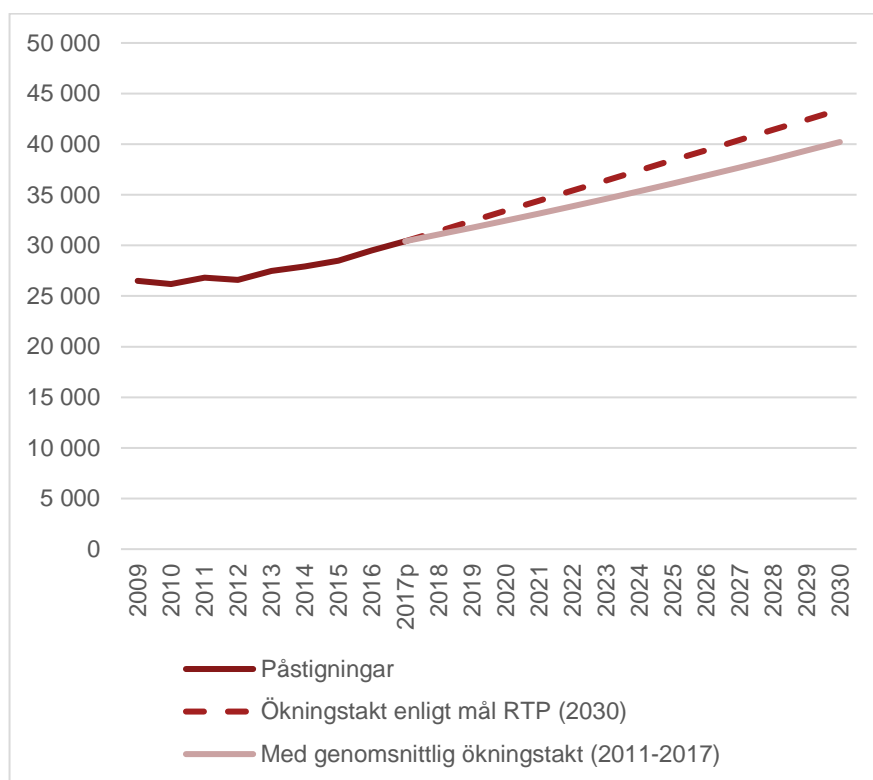
En målkonflikt eller åtminstone en rejäl utmaning föreligger om målet om subventionsgrad ska kunna uppnås tillsammans med målet om att öka kollektivtrafikens marknadsandel till 32 %. Utfallet för 2016 var 23 %. En ökad turtäthet kräver mer ekonomiska resurser. En ökad beläggning på redan befintliga linjer kan å andra sidan bidra till ökad lönsamhet.

Marknadsandelsmålet är komplext att mäta. Utifrån genomförd analys har detta, av Östgötatrafiken, brutits ner till antal resor och beräkning har gjorts av hur många resor som krävs för att nå 32 % 2030. Detta har utmynnat i ett mål om att öka antalet påstigningar med en miljon per år. För närvarande är antalet påstigningar drygt 30 miljoner per år enligt data från Östgötatrafiken.

I intervjuerna påtalas att det finns en utmaning i att samtidigt verka för att uppnå det ekonomiska målet om minskad subventionsgrad och det samhälleliga målet om ökad marknadsandel.

Nedan redovisas antal påstigande för åren 2009-2017, målsättning att öka antal påstigande med 1 miljon per år (streckad linje) samt extrapolering av antal påstigande 2018-2030 vid samma genomsnittliga ökningstakt som för åren 2011-2017.

Grafen visar att om antalet påstigande resenärer i % i genomsnitt blir detsamma som för åren 2011-2017 fram till 2030 så kommer inte den långsiktiga målsättningen om 32 % marknadsandel att uppnås. Antalet påstigande har inte för något av åren 2010-2017 nått det nuvarande målet om ökning med 1 miljon.



Å andra sidan är det positivt att ökningen av antalet påstigande för år 2016- 2017 nästan når upp till målet om 1 miljon. Om ökningstalen från de senaste två åren permanentas så minskar också gapet mot målsättningen gällande marknadsandel och ökat resande.

Trots att det är långt kvar till de långsiktiga målnivåerna så har såväl subventionsgrad som antal resande samtidigt utvecklats i rätt riktning under 2017.

2.3.2. Bedömning

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt. Bedömningen är att det finns en utmaning i att nå mål om ökat resande i kombination med en minskning av subventionsgrad. Målen bedöms som utmanande men inte helt orealistiska utifrån nuvarande utveckling.

2.4. Hantering av resenärers och medborgares synpunkter och nytta

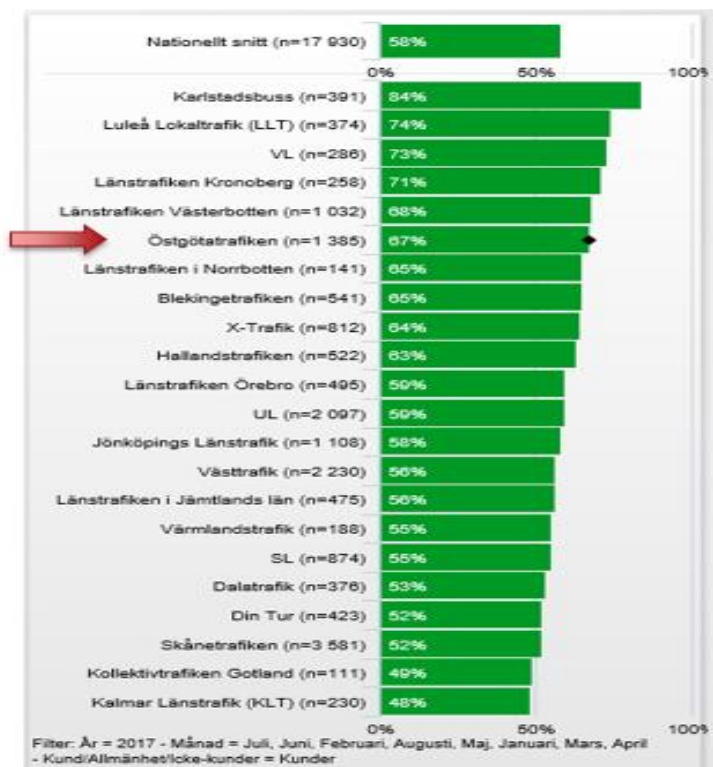
2.4.1. Iakttagelser

Trafik- och samhällsplaneringsnämnden genomför medborgardialoger tillsammans med tjänstemän från Östgötatrafiken.

Av intervjuerna framgår att Östgötatrafiken arbetar med de synpunkter som kommer in i kundundersökningar och utifrån dessa bedömer vilka faktorer som anses påverka kundnöjdheten mest. Utifrån den ekonomiska restriktionen är det inte möjligt att gå alla önskemål till mötes avseende trafiken. Ambitionen är att fånga upp och åtgärda de faktorer som har störst inverkan på den samlade kundnöjdheten. Synpunkter inhämtas även via Östgötatrafikens kanaler i form av kundtjänst, hemsida och sociala medier. Exempelvis har justeringar i tidtabeller gjorts med anledning av återkoppling från resenärer som in-

kommit här. Betalningslösningar samt trafikstörningsinformation är två utvecklingsområden som kunderna lyft fram varför det har prioriterats.

Mål avseende kundnöjdhet finns i det regionala trafikförsörjningsprogrammet samt i regionens strategiska plan. Jämförelse av kundnöjdhet sker också med andra trafikbolag. Kundnöjdhetsmätningen nedan är hämtad ur Östgötatrafikens uppföljning av affärsplan efter augusti 2017. 67 % av kunderna är nöjda med bolaget. Nationellt snitt är 58 %.



En modell för beräkning av samhällsnytta finns beslutad. Denna är ett verktyg för att värdera samhällsekonomiska kostnader och intäkter på ett strukturerat vis. Linjeanalyser avseende resandetal etc. uppges göras och ligga till grund för trafik- och verksamhetsbeställningarna.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att hänsyn tas till resenärers och medborgares synpunkter i rimlig omfattning utifrån de ekonomiska förutsättningarna. Bolaget har relativt sett en god kundnöjdhet. Det bedöms vidare finnas processer och verktyg för att inhämta resenärers och medborgares synpunkter och beakta dessa i beslutsfattandet.

2.5. Forum för dialog och samverkan med andra aktörer

2.5.1. Iakttagelser

Under våren 2017 har Östgötatrafiken påbörjat ett arbete med kommundialoger. Dessa dialoger syftar enligt granskat material främst till att diskutera hur den allmänna kollektivtrafiken ska utvecklas i framtiden. Av inbjudan till kommunerna framgår:

”För att kunna öka kollektivtrafikens marknadsandel, vilket är ett av Region Östergötlands och Östgötatrafikens viktigaste mål inom området, så behövs en kontinuerlig dialog och ett samarbete för att öka attraktiviteten och resandet. Eftersom kollektivtrafiken till över hälften finansieras med skattemedel behöver vi hitta bra och kostnadseffektiva lösningar som bidrar till målen. Med god kännedom om kommunens planer och Östgötatrafikens inriktning så kan vi utveckla kollektivtrafiken så att utbud och efterfrågan möts på ett bra sätt i framtiden.”

Av agenda till en planerad kommundialog framgår bland annat diskussionspunkter om infrastrukturprojekt inom kommunen som kan påverka trafiken, kommunens önskemål avseende den allmänna trafiken, planering av bostadsområden i kommunen samt samordning mellan allmän och särskild kollektivtrafik (exempelvis skolskjuts).

Enligt de intervjuade är ambitionen att ha en dialog per kommun och år, dock avhängigt av kommunstorlek och behov. De intervjuade framhåller att de dialoger som genomförts hittills upplevts som positiva och förtroendefulla.

De intervjuade framhåller även att kommunikationen med de större kommunerna avseende framkomlighet är ett utvecklingsområde, då snitthastigheten i städerna minskat, vilket påverkar trafiken negativt. Att fortsatt utveckling kan ske är naturligt utifrån att dessa mötesfora är ganska nya.

Det sker även samråd med intressegrupper och organisationer (exempelvis pensionärsråd, byalag etc.) där tjänstepersoner deltar vid vissa tillfällen.

Det sker vidare samråd med Trafikverket som i stort upplevs fungera väl. Vidare hålls fortlöpande möten med entreprenörer som kör kollektivtrafik på regionens uppdrag.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att det finns en relativt väl fungerande dialog och samverkan med andra aktörer. Vi grundar bedömningen på att det finns en befintlig mötesstruktur med för regionen relevanta aktörer inom kollektivtrafikområdet samt att intervjuerna indikerar att dessa möten fungerar väl.