

LANDSTINGSREVISIONEN

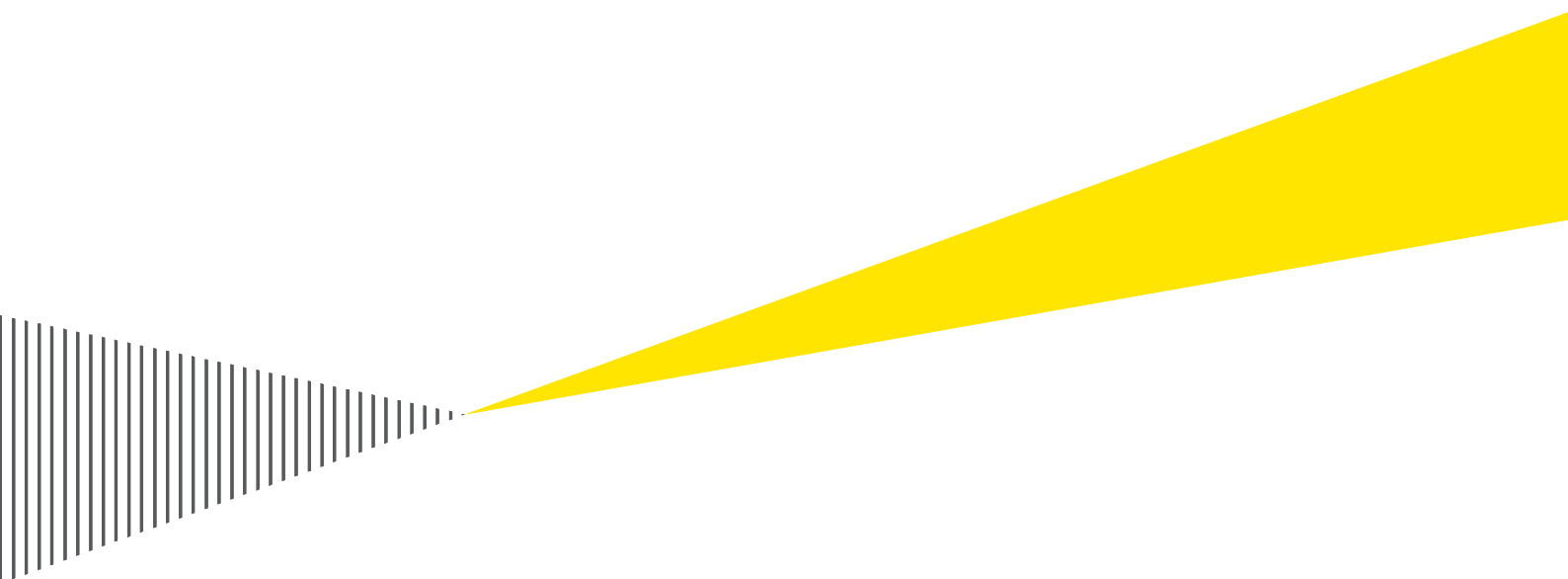
Granskning av landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollarbete år 2013

Rapport nr 26/2013



Granskning av intern kontroll 2013

Västerbottens läns landsting



Building a better
working world

Innehåll

1	Sammanfattning	2
2	Inledning	2
3	System för intern kontroll inom landstinget	5
4	Landstingsstyrelsens interna kontroll.....	9
5	Hälsa- och sjukvårdsnämndens interna kontroll	15
6	Avslutande bedömning	29
7	Källförteckning.....	32

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat i vilken grad landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd och hälso- och sjukvårdsnämnden. Landstingsstyrelsens roll som styrelse granskas i annan rapport.

Såväl landstingsstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om kontrollplaner för år 2013. I båda planerna är det tydligt vad som ska kontrolleras genom de olika kontrollaktiviteterna. Det framgår också vem som är ansvarig och när uppföljning ska ske. Reglementet följs i dessa avseenden, men planerna skulle tydligare kunna visa hur en del av kontrollerna kan kopplas till efterlevnad till en plan/policy.

Resultatet av den interna kontrollen ska redovisas till landstingsstyrelsens sammanträde i mars 2014 och har rapporterats till hälso- och sjukvårdsnämnden i februari 2014. Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade inte specifika beslut om åtgärder vid redovisningen. Vår bedömning är att det finns problem i såväl metodik som rapportering av ett stort antal av de planerade kontrollerna i hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan. Dessutom saknas återrapportering av en kontrollaktivitet inom verksamhetsområde Regionvård. Det är en brist att nämnden inte noterade detta och visade en mer aktiv hållning.

Av underlaget till landstingsstyrelsens sammanträde i mars framgår att landstingsdirektören anser att det finns problem beträffande metoden som används för att genomföra kontrollaktiviteterna inom primärvård och service. Vi delar denna bedömning och anser att det i anslutning till denna kommentar bör framgå exakt vilka kontroller där metoden utgör ett problem.

Landstingsdirektörens slutsats är att landstingsstyrelsen med anledning av utfallet ska säkerställa att avrapportering av innehållet i kommande kontrollplaner förbättras. Vidare framgår att kommande avrapporteringar tydligt ska ange omfattningen av genomförda kontrollaktiviteter samt vilka resultat som uppnåtts. Mot bakgrund av de brister som finns är det positivt om styrelsen beslutar att förbättra metoden. Enligt reglementet för intern kontroll ska också styrelsen med utgångspunkt från uppföljningsrapporterna utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, besluta om sådana.

Vår bedömning är att reglementet för intern kontroll följs till viss grad. Vi baserar detta på följande:

- ▶ Det finns aktuella riskanalyser
- ▶ Nämnden/styrelsen har beslutat om interna kontrollplaner
- ▶ Det finns beslut om den interna organisationen för intern kontroll för såväl styrelse som nämnd

Den avgörande brist som framkommit i denna granskning är att en stor del av kontrollerna som återrapporteras till såväl styrelse som nämnd håller otillfredsställande kvalitet. Det handlar om såväl problem med metodik som bristfällig redovisning av resultat. Dessutom har ett antal kontrollaktiviteter inte genomförts i enlighet med beslutad kontrollplan. En samlad bedömning är därför att resultatet av genomförandet av kontrollplanerna är otillfredsställande. Bilden som träder fram är att det i verksamheten finns en omogen uppfattning om vad som är syftet med intern kontroll och hur den interna kontrollen ska tillämpas.

En notering i granskningen är att relativt många kontrollaktiviteter är relaterade till "God vård". Vi vill därför i detta sammanhang uppmärksamma att det enligt socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ska finnas ledningssystem i verksamheten för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att det ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska enligt föreskriften fortlöpande genomföra riskanalyser och utöva egenkontroll. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden bör därför överväga hur den interna kontrollen och ledningssystemet ska förhålla sig till varandra.

Vår rekommendation är därför att såväl styrelse som nämnd tydliggör sina anvisningar för den interna kontrollen. I tydliggörandet bör ingå beskrivning av vad en särskild kontroll innebär och förslag på metoder, hur mycket information som ska rapporteras samt hur resultat bör värderas och hanteras.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen skall nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt gällande föreskrifter. De ska också säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I sitt reglemente för intern kontroll har landstingsfullmäktige definierat ansvaret för den interna kontrollen samt på vilket sätt uppföljning av denna ska ske.

Hur bestämmelserna i 6 kap. 7 § efterlevs har stor betydelse för revisorernas bedömning av hur nämnden/styrelsen skött sina uppgifter. Det är också revisorernas uppgift att årligen pröva om den kontroll som görs inom nämnder och styrelser är tillräcklig.

Revisorerna har i sin granskningsplan för 2013 beslutat att göra en granskning av landstingsstyrelsens (som nämnd) och hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll.

2.2 Syfte och avgränsning

Syftet är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd och hälso- och sjukvårdsnämnden. Landstingsstyrelsens roll som styrelse granskas i annan rapport.

2.3 Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden för det egna ansvarsområdet upprättat en organisation med tydlig arbets- och ansvarsprocess för den interna kontrollen?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om internkontrollplaner för år 2013?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att deras internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som har ansvaret för kontrollerna och när uppföljning ska ha genomförts?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnden av genomförda kontroller?
- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?

2.4 Revisionskriterier

- ▶ Kommunallagen 6 kap. 7 §

- ▶ Landstingsfullmäktiges reglemente för intern kontroll

2.5 Metod

Granskningen fokuserar på den avrapportering som sker till landstingsstyrelsen och till hälso- och sjukvårdsnämnden avseende deras respektive kontrollplaner för år 2013. Granskningen har genomförts i nära dialog med landstingets redovisningschef som intervjuats och bistått med information och underlag. De handlingar som vi grundar våra bedömningar på är styrelsens och nämndens riskanalyser och kontrollplaner samt de underlag som rapporterats till redovisningschef. Dessa och övriga dokument som använts framgår i källförteckningen.

Vi använder oss av en färgkodad bedömning. Bedömning "rött" indikerar att kontrollaktivitet inte genomförts eller återrapporterats. "Gult" indikerar att kontrollaktivitet genomförts och återrapporterats till men inte håller god kvalitet. "Grönt" innebär att kontrollaktivitet genomförts och avrapporterats och att det i underlaget går att bedöma hur kontrollen genomförts samt resultatet av den.

Rapporten har faktakontrollerats av landstingets redovisningschef.

3 System för intern kontroll inom landstinget

3.1 Reglemente för intern kontroll

Landstinget reglemente för intern kontroll är från år 2009. Det beskriver ansvaret för den interna kontrollen samt på vilket sätt uppföljning av denna ska ske.

I reglementet framgår att nämnderna inklusive landstingsstyrelsen som driftsnämnd ansvarar för att en organisation samt regler och anvisningar upprättas för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Nämnderna samt styrelsen ska styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet. Respektive verksamhetsområdeschef samt stabschefen för regional tillväxt och regional utveckling ska på landstingsdirektörens uppdrag styra och följa upp den interna kontrollen, och arbetet ska grundas på årliga riskbedömningar.

Verksamhetsområdena ska varje år, i samband med att verksamhetsplanerna utarbetas, anta en plan för nästkommande års granskning och uppföljning av den interna kontrollen. I planen ska framgå:

- ▶ Vad som ska granskas under året
- ▶ Vilka reglementen, regler eller policys som berörs
- ▶ Vem som är ansvarig för granskningen
- ▶ När granskningen ska rapporteras

Nämnderna ska löpande, eller senast i samband med årsrapportens upprättande, redogöra för resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden till styrelsen. Rapporteringen ska samtidigt ske till landstingets revisorer.

3.2 Tillämpningsanvisningar

Landstingsstyrelsen beslutade i november 2013 om övergripande tillämpningsanvisningar för intern kontroll. Anvisningarna utgår från reglementet och beskriver ansvarsförhållanden och hur den interna kontrollen ska genomföras. Där framgår att styrelsen och nämnderna ska besluta om en internkontrollplan för kommande år i samband med fastställande av verksamhetsplan. Valet av granskningsobjekt ska motiveras utifrån en bedömning av väsentlighet och risk.

Eftersom tillämpningsanvisningarna beslutades sent under verksamhetsåret 2013 har vi inte gjort någon bedömning huruvida internkontrollplanerna för år 2013 följer anvisningarna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i november 2012 om tillämpningsanvisningar för den interna kontrollen inom nämndens ansvarsområde. Där framgår att årlig plan för intern kontroll och styrning ska antas av nämnden i samband med "nämndens Verksamhetsplanearbete". Planen ska innehålla:

- ▶ genomförd riskbedömning
- ▶ vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras och följas upp
- ▶ kontrollaktiviteternas omfattning
- ▶ vem som ansvarar för att utföra uppföljningen
- ▶ till vem uppföljningen ska rapporteras
- ▶ när uppföljningsrapporten ska lämnas

Vidare framgår att genomförda granskningar ska rapporteras till nämnden. När brister upptäcks ska det framgå förslag på genomförbara åtgärder för att förbättra kontrollen och styrningen. Nämnden ska fastställa uppföljningsrapporten i samband med årsredovisningen. Rapporten ska beskriva omfattningen av utförda kontrollaktiviteter, utfall och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska vid behov innehålla förslag på åtgärder för att förbättra landstingsövergripande rutiner.

3.3 Organisation

Inom tjänstemannaorganisationen finns en ansvarsstruktur för den interna kontrollen. Den framgår i landstingets reglemente för intern kontroll och beskrivs nedan.

Högst ansvarig under styrelsen och nämnderna är landstingsdirektören, som ansvarar för att de anställda arbetar efter reglementet för intern kontroll. Landstingsdirektören ska minst en gång om året skriftligen rapportera till landstingsstyrelsen och ge en bedömning av hur den interna kontrollen fungerar inom styrelsens ansvarsområde. Landstingsdirektören ansvarar även för att analysera landstingets samlade system för intern kontroll samt föreslå åtgärder.

Inom respektive verksamhetsområde ansvarar verksamhetsområdeschef samt stabschef för att en god intern kontroll kan upprätthållas. Verksamhetsansvariga chefer ansvarar för att de anställda arbetar mot mål och att arbetsmetoder som används bidrar till en god intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnade och dokumenteras.

Landstingsstyrelsen fattade ett särskilt beslut om en organisation för den interna kontrollen på sammanträde i november 2013. I beslutet framgår att stabscheferna för ekonomi, HR, planering och styrning, verksamhetsutveckling samt kommunikation och verksamhetsområdescheferna för primärvård och service var och en ansvarar för att minst en gång om året skriftligt rapportera till landstingsdirektören och ge en samlad bedömning av hur den interna kontrollen fungerar inom respektive ansvarsområde.

Även hälso- och sjukvårdsnämnden fattade i oktober 2013 beslut om organisering av den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Där framgår att landstingsdirektören utsett verksamhetsområdeschefen för regionvård att företräda honom i frågan om uppföljning av den interna kontrollen. Det innebär att verksamhetsområdeschefen för regionvård ansvarar,

med underlag från verksamhetsområdescheferna för medicin, kirurgi samt tandvård, för att minst en gång om året skriftligt rapportera till hälso- och sjukvårdsnämnden och ge en samlad bedömning av hur den interna kontrollen fungerar inom nämndens ansvarsområde.

I intervju med redovisningschef har framkommit att det finns en styrgrupp som är operativt ansvarig för att på uppdrag av landstingsdirektören sammanställa och följa upp styrelsens och nämndens årliga kontrollplaner. Styrgruppen består av verksamhetsområdescheferna samt ekonomichef och redovisningschef. Ekonomichefen är ordförande och redovisningschefen är sammankallande och föredragande.

3.4 Riskanalys

Det finns dokumenterade riskanalyser för landstingsstyrelsen och för hälso- och sjukvårdsnämnden. I riskanalyserna framgår att de beskriver ”de extra kontroller som görs för att minimera eller eliminera riskerna för att landstinget inte ska kunna leva upp till de målsättningar som landstingsfullmäktige lagt fast i landstingsplan 2013”. I landstingsstyrelsens riskanalys framgår att ”endast de riskområden och risker som ingår i kontrollplanen redovisas i riskanalysen”. Motsvarande framgår inte i hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan.

Analysen innebär att de risker som identifierats har värderats med maximalt fem poäng vardera i de två kategorierna sannolikhet och konsekvens. Poängen multipliceras och ger ett riskvärde mellan 0-25. I riskanalysen anges endast det samlade värdet.

3.5 Kontrollplaner

Landstingsstyrelsen beslutade att anta kontrollplan för år 2013 i december år 2012 och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att anta kontrollplan för år 2013 i oktober år 2012. Båda planerna innehåller tabeller där respektive verksamhetsområde beskriver kontrollaktiviteter, vem som ska genomföra dem och vem denne ska rapportera till. Varje kontrollaktivitet kopplas även till ett målområde från den övergripande landstingsplanen.

Landstingsstyrelsens kontrollplan omfattar totalt 22 kontrollaktiviteter inom verksamhetsområde primärvård (18 st) och verksamhetsområde service (4 st). Hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan omfattar totalt 48 kontrollaktiviteter inom verksamhetsområdena medicin (13 st), kirurgi (15 st), regionvård (13 st) och tandvård (6 st).

Nedan framgår en analys av om kontrollplanerna lever upp till kraven i landstingsfullmäktiges reglemente för intern kontroll.

Tabell: Bedömning av landstingsstyrelsens kontrollplan 2013

Område	Framgår	Framgår delvis	Framgår inte
Vad som ska granskas under året	X		
Vilka reglementen, regler eller policys som berörs		X	
Vem som är ansvarig för granskningen	X		
När granskningen ska rapporteras	X		

I landstingsstyrelsens kontrollplan framgår vilka områden som styrelsen vill kontrollera. I elva fall framgår tydligt att kontrollaktiviteten berör efterlevnad till en plan/policy. I övriga kontrollaktiviteter bör beskrivningen av vilket regelverk/policy som berörs vara tydligare.

I fjolårets granskning av kontrollplanerna 2011- 2012 noterade revisionen att kontrollplanerna i mycket liten utsträckning omfattar ekonomiadministrativa och finansiella rutiner. Denna del i den interna kontrollen har utvecklats år 2013, och fler verksamhetsområden har infört kontroller kopplade till ekonomisystem under målområde ”god hushållning”.

Då landstingsstyrelsens är ägare för en rad centrala processer i landstinget såsom upphandling, investeringar, fakturering och löner så är det förvånande att dessa inte finns med i styrelsens kontrollplan. I beslutet från november 2013 framgår stabscheferna för ekonomi, HR, planering och styrning, verksamhetsutveckling samt kommunikation var och en ansvarar för att minst en gång om året skriftligt rapportera till landstingsdirektören och ge en samlad bedömning av hur den interna kontrollen fungerar inom respektive ansvarsområde.

Tabell: Bedömning av hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan 2013

Område	Framgår	Framgår delvis	Framgår inte
Vad som ska granskas under året	X		
Vilka reglementen, regler eller policys som berörs		X	
Vem som är ansvarig för granskningen	X		
När granskningen ska rapporteras	X		

Även i hälso- och sjukvårdsnämndens plan är det tydligt vilka områden som nämnden vill kontrollera. I ett sju kontroller framgår att kontrollaktiviteten berör efterlevnad till regler eller plan/policy. I övriga kontroller bör beskrivningen vara tydligare.

En notering i granskningen av båda kontrollplanerna är att relativt många kontrollaktiviteter är relaterade till ”God vård”. Vi vill därför i detta sammanhang uppmärksamma att det enligt socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ska finnas ledningssystem i verksamheten för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att det ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska enligt föreskriften fortlöpande genomföra riskanalyser och utöva egenkontroll. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden bör därför överväga hur den interna kontrollen och ledningssystemet ska förhålla sig till varandra.

3.6 Rapportering och uppföljning

I kontrollplanerna finns ”kontrollansvarig”, som genomför kontrollaktiviteten, och ”rapporteringsansvarig” som rapporterar utfallet till verksamhetsområdeschef. För verksamhetsåret 2013 har landstingets redovisningschef tagit fram en blankett där genomförda kontrollaktiviteter ska beskrivas och analyseras på verksamhetsområdesnivå. Dessa blanketter utgör det underlag som sänds till redovisningschef för sammanställning. Där framgår att rapporteringen tydligt ska ange om kontrollaktiviteten genomförts, om det rör det totala underlaget eller om det är fråga om ett stickprov. Om det är ett stickprov ska

omfattningen (andel av totalen) anges. Det ska även framgå resultat av kontrollaktiviteten samt vilka åtgärder som vidtagits i förekommande fall.

Rapporterna av den interna kontrollen 2013 skulle skickas till redovisningschef senast den 16 januari 2014. Enbart verksamhetsområde service och tandvård skickade in sina rapporter till det datumet. Övriga verksamhetsområden inkom cirka en månad senare med underlag till redovisningschef. Redovisningschefen sammanställer resultatet på uppdrag av landstingsdirektören. Den samlade analysen av den interna kontrollen utifrån kontrollplanerna rapporterades från landstingsdirektör till hälso- och sjukvårdsnämnden i februari och ska rapporteras till landstingsstyrelsen i mars 2014.

3.7 Åtgärder vid brister

I de fall brott förekommit eller allvarigare brister i den interna kontrollen bedöms föreliggande ska det omedelbart rapporteras till överordnad chef och vidare till styrelse/nämnd. Inga sådana exempel har framkommit i redovisningen av den interna kontrollen för år 2013.

I underlagen som skickats in till redovisningschef förekommer i vissa fall vidtagna åtgärder. De är oftast verksamhetsnära åtgärder som att göra inventeringar och ta fram checklistor och har inte beslutats av respektive politiskt styrande organ.

4 Landstingsstyrelsens interna kontroll

Bedömningen av den interna kontrollen följer den modell som beskrivs i avsnitt 2.5.

4.1 Verksamhetsområde Primärvård

I detta avsnitt redovisas kontroller inom verksamhetsområde Primärvård per målområde.

Tabell 1: Målområde Bättre och jämlik hälsa

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att hälsocentralen identifierar den listade befolkningens behov av vård.	Verksamhetsplan/ Aktivitetsplan	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Att tolk nyttjas i tillräcklig utsträckning för att säkerställa att patienter har fått den information de behöver.	Stickprov på tolknyttjande en gång/år	KA: Controller RA: Primärvårdsstrateg	RÖD
Att hälsocentralerna har kunskap om frågor som rör HBT-personer.	Uppföljning vid verksamhetsdialog två gånger per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL

4.1.1 Identifiera den listade befolkningens behov av vård

I underlaget framgår att "få enheter har ett strukturerat arbetssätt kring detta". Slutsatsen är att frågan fortsatt bör belysas år 2014.

Enligt vår bedömning är kontrollaktiviteten genomförd och rapporterad. Tyvärr saknas själva resultatet d.v.s. hur många hälsocentraler som har eventuella brister. Att resultatet inte anges tydligare är en brist varför vi bedömer kontrollen som gul.

4.1.2 Nyttjande av tolk

I underlaget framgår att samtliga hälsocentraler använder tolk där det är nödvändigt.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov för att bedöma om hälsocentralerna använder tolk. I rapport till styrelsen framgår inter resultat av något stickprov varför kontrollen bedöms som röd.

4.1.3 Kunskap om HBT-frågor

I underlaget framgår att utbildningsinsatser har genomförts. Slutsatsen är dock att frågan fortsatt bör fortsatt belysas och finnas med i internkontrollplan 2014.

Enligt vår bedömning är kontrollaktiviteten genomförd och rapporterad. Tyvärr saknas resultatet d.v.s. hur många hälsocentraler som har brister. Att resultatet inte anges tydligare är en brist varför vi bedömer kontrollen som gul.

Tabell 2: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Säker: Att hälsocentralen följer gällande läkemedelsmål.	Uppföljning vid verksamhetsdialog två gånger per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Säker: Att hälsocentralen kontinuerligt arbetar med åtgärder till följd av inträffade avvikelser.	Uppföljning vid verksamhetsdialog två gånger per år.	KA: Verksamhetsutvecklare RA: Primärvårdsstrateg	GRÖN
Säker: Att hälsocentralen får tillgång till medicinska resultat som ett led i kvalitetsarbetet.	Uppföljning vid verksamhetsdialog två gånger per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Säker: Att rutin för introduktion och avslut av stafettläkare finns.	Uppföljning vid verksamhetsdialog en gång per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	RÖD
Säker: Att hälsocentralen deltar i mätning av interna hygien- och klädregler.	Diver fyra ggr/år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Patientfokuserad: Att hälsocentralen arbetar aktivt med resultaten i nationella patientenkäten.	Aktivitetsplan	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GRÖN

4.1.4 Läkemedelsmål

I rapporteringen framgår att hälsocentralerna följer rekommendationerna.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen visar att frågan har följts upp men att underlaget är allt för summariskt. Det framgår inte med tydlighet hur läkemedelsmålen nås och vad det innebär. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är gul.

4.1.5 Åtgärder efter avvikelser

I rapporteringen framgår avvikelser presenteras på APT och att det finns patientsäkerhetsteam. Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna.

Trots att beskrivningen av arbetet med avvikelser skulle kunna utvecklas ytterligare så bedömer vi att kontrollen är grön.

4.1.6 Tillgång till medicinska resultat

I underlaget framgår att "majoriteten av hälsocentralerna arbetar med medicinska resultat".

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen visar att frågan har följts upp men att underlaget är allt för summariskt. Det framgår inte med tydlighet hur många hälsocentraler som arbetar med medicinska resultat. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är gul.

4.1.7 Rutin för stafettläkare

I underlaget framgår att "detta kan förbättras för vissa hälsocentraler". Den följande slutsatsen är att frågan bör granskas år 2014.

Enligt vår bedömning går det inte med underlaget att bedöma om det skett någon särskild kontrollaktivitet varför vi bedömer att kontrollen är röd.

4.1.8 Följsamhet till interna hygien- och klädregler

I rapporten framgår att alla hälsocentraler genomfört minst två mätningar. Totalt 1183 mätningar har gjorts. Följsamheten anges vara 66 procent. Vidare framgår att mätetalet som är lägst är följsamhet till kläder vilket är 79 procent.

Enligt vår bedömning är kontrollen genomförd och rapporterad. Dock är de siffror som redovisas motstridiga, då genomsnittsföljsamheten 66 % är lägre än det som anges vara det lägsta resultatet (79 %). Vidare är det otydligt som mätningar skett vid fyra tillfällen enligt plan. På grund av dessa brister bedömer vi kontrollen vara gul.

4.1.9 Arbeta aktivt med resultat från nationella patientenkäten

I rapporten till landstingsstyrelsen framgår att 17 hälsocentraler arbetat aktivt med resultatet. Slutsatsen är att det innebär att i hälsocentralerna arbetar med resultatet i hög utsträckning. Vår bedömning är att kontrollen är grön.

Tabell 3: Målområde Hälsöfrämjande arbetsplatser

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Kompetens: Att hälsocentralen har en plan för kompetensförsörjning och kompetensutveckling.	Aktivitetsplan	KA: HR-strateg RA: Primärvårdsstrateg	GRÖN
Medarbetarundersökning: Att resultatåterkoppling sker samt att förbättringsåtgärder vidtas.	Uppföljning vid verksamhetsdialog en gång per år.	KA: HR-strateg RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Arbetsmiljö: Att rutin för upptäckt och handläggning av arbetsrelaterad ohälsa finns.	Uppföljning vid verksamhetsdialog en gång per år.	KA: HR-strateg RA: Primärvårdsstrateg	GRÖN

4.1.10 Plan för kompetensförsörjning och kompetensutveckling

I underlaget framgår att plan finns hos samtliga hälsocentraler. Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna. Vi bedömer att kontrollen är grön.

4.1.11 Resultatåterkoppling och förbättringsåtgärder utifrån medarbetarundersökning

I underlaget framgår att "detta är genomfört av de flesta" samt att "vissa har tagit fram handlingsplaner" och att "flertalet enheter ska göra egna mätningar". Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen visar att frågan har följts upp men att underlaget är allt för summariskt. Det framgår inte med tydlighet hur många hälsocentraler som har genomfört uppföljning eller som tagit fram handlingsplaner. Det blir svårt att bedöma om resultatet är bra eller dåligt. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

4.1.12 Rutin för upptäckt och handläggning av arbetsrelaterad ohälsa

I underlaget framgår att rutiner finns vid samtliga hälsocentraler och att skyddsronder genomförs. Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna. Vi bedömer att kontrollen är grön.

Tabell 4: Målområde Säkerhet

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Kris- och katastrofberedskap: Att lokal plan för kris- och katastrofberedskap finns.	Stickprov en gång/år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	RÖD
Brandskydd: Att brandplan finns.	Stickprov en gång/år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	RÖD
Säkerhet: Att larm och rutiner för överfall finns.	Stickprov en gång/år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	RÖD
Resekostnader: Att hälsocentralen använder Företagsresor vid beställning av resor.	Fakturagranskning, stickprov en gång/år.	KA: Controller RA: Primärvårdsstrateg	RÖD

4.1.13 Plan för kris- och katastrofberedskap

I underlaget framgår att "de flesta" har en plan. Slutsatsen är att frågan ska följas 2014.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov för att bedöma om hälsocentralerna har en lokal plan. I rapport till styrelsen framgår inte att stickprov genomförts varför kontrollen bedöms som röd.

4.1.14 Brandplan

I underlaget framgår att "de flesta" har en brandplan. Slutsatsen är att frågan ska följas 2014.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov för att bedöma om hälsocentralerna har en lokal plan. I rapport till styrelsen framgår inte att stickprov genomförts varför kontrollen bedöms som röd.

4.1.15 Larm och rutiner för överfall

I underlaget framgår att en översikt har gjorts och att de flesta enheter har larm och rutiner. Slutsatsen är att frågan ska följas även under 2014.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov för att bedöma om hälsocentralerna har rutiner. I rapport till styrelsen framgår inte att stickprov genomförts varför kontrollen bedöms som röd.

4.1.16 Resebeställning

I underlaget framgår att samtliga hälsocentraler har uppgett att de använder Företagsresor vid resebeställning. Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov för att bedöma om hälsocentralerna använder Företagsresor. I rapport till styrelsen framgår att inget stickprov genomförts varför kontrollen bedöms som röd.

Tabell 5: Målområde God hushållning och Miljö

Målområde och Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Kostnader: Att hälsocentralen följer rekommendationer vid beställning av lab och röntgenundersökningar.	Uppföljning vid verksamhetsdialog två gånger per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL
Miljö: Att lokala rutiner för hantering av riskavfall finns och efterlevs.	Uppföljning vid verksamhetsdialog en gång per år.	KA: VO-chef RA: Primärvårdsstrateg	GUL

4.1.17 Följsamhet till rekommendationer vid beställning från lab och röntgen

I underlaget framgår att samtliga hälsocentraler har angett att de följer rekommendationer. Slutsatsen är att hälsocentralerna följer rekommendationerna.

Vi bedömer att kontrollen är gul (se kommentar om metoden i bedömningsavsnitt).

4.1.18 Rutiner för hantering av riskavfall

I underlaget framgår att hälsocentralerna följer rekommendationerna. Vi bedömer att kontrollen är gul. (se kommentar om metoden i bedömningsavsnitt).

4.2 Verksamhetsområde Service

Nedan redovisas samtliga kontroller för verksamhetsområde Service.

Tabell 6: Kontroller verksamhetsområde Service

System/rutin och Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Kompetensförsörjning EI Avstämning av läget	Bedömning under Q1	KA: Fastighetschef, Verksamhetschef och AC-drift RA: Enhetschef HR-centrum	RÖD
Vattenförsörjning NUS Teknisk bedömning av läget samt översyn av rutiner med UMEVA	Bedömning under Q2	KA: Samordnare teknikförvaltning RA: Fastighetschef	RÖD
Växel Skellefteå. Teknisk bedömning av läget samt översyn av rutiner	Bedömning under Q1	KA: Avdelningschef fastighetsdrift Skellefteå RA: Verksamhetschef teleenheten	RÖD
Datahallar NUS Teknisk bedömning av läget samt översyn av rutiner	Bedömning under Q1	KA: Fastighetschef RA: Verksamhetschef informatik	GRÖN

4.2.1 Kompetensförsörjning el

I underlaget framgår att det som avses är kompetensförsörjning av elektriker, dvs. att elektriker med god kompetens kan rekryteras till driften av länets sjukhus. I rapporteringen framgår dock inte med tydlighet vilken risk som idag föreligger, hur nuläget ser ut eller plan för framtiden. Det framgår inte att någon särskild kontrollaktivitet har skett och därmed inget resultat av denna, varför vi bedömer kontrollaktiviteten som röd.

4.2.2 Vattenförsörjning NUS

I underlaget framgår att prover bör göras i samarbete med vattenleverantören för att bedöma om det föreligger tryck- eller distributionsproblem vid nöddrift.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten och vad den egentligen består i. En person som inte är insatt i vattenförsörjningsfrågor kan inte utifrån underlaget bedöma resultatet, eller om det som beskrivs är bra eller dåligt. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

4.2.3 Växel Skellefteå

I underlaget finns en redogörelse där det framgår att avsikten är att bedöma riskerna för ej fungerande telefoni vid elavbrott vid Skellefteå lasarett. Vidare beskrivs att det finns avdelningar där det blir telefoniavbrott vid problem med lasarettets elförsörjning. Slutsatsen är att det är nödvändigt att göra en mer ingående inventering. Detta planeras som en aktivitet i nästa års verksamhetsplan.

I underlaget går det inte att avgöra om det gjorts någon särskild kontrollaktivitet för att komma till slutsatsen att det behövs en inventering. Det framgår inte vem som utfört den eventuella kontrollen eller dess resultat. Därför bedöms kontrollen vara röd.

4.2.4 Datahallar NUS

I underlaget beskrivs att det har skett besiktning av serverhallar på NUS utifrån ett tekniskt fastighetsperspektiv. Resultatet visar att en av två serverhallar har bristfällig ventilation, är trång och utsatt för hög risk för vattenflöden. Som åtgärd planeras att skyndsamt hitta extern förhyrning eller bygga en ny hall. I underlaget framgår hur kontrollen genomförts och dess resultat. Vår bedömning är att kontrollen är grön.

4.3 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll

4.3.1 Verksamhetsområde Primärvård

I rapporteringen av den interna kontrollen år 2012 var det en stor del av kontrollerna inom primärvården som inte rapporterades. Detta har i år förbättrats avsevärt, och underlag saknas inte för någon kontroll.

Fyra av de arton av kontrollerna som rapporterats in från primärvården anses vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. I några av fallen hade rapporteringen kunnat vara mer utförlig, men det påverkar inte vår bedömning.

Fem kontroller underkänns eftersom det inte går att bedöma att kontrollaktiviteten skett som planerat. I fyra av dessa framgick i kontrollplanen att granskning skulle ske genom stickprovskontroll. I rapporteringen framgår dock att inget stickprov genomförts.

För de övriga nio kontrollerna inom primärvården har vi bedömt att de inte håller tillräcklig kvalitet för att godkännas helt. Vi menar att kontrollerna är genomförda och rapporterade, men att det finns problem med kvaliteten. Detta skulle kunna avhjälpas med en tydligare rapportering där resultatet framgår, exempelvis "xx antal av yy har en plan". I dessa kontroller är även beskrivning av tillvägagångssätt allt för summarisk. Samtliga kontrollaktiviteter är genomförda genom muntlig verksamhetsdialog. För flertalet av kontrollerna är det inte det bästa valet av metod. Att enbart godta muntliga besked innebär en stor risk för att fel inte kommer fram.

4.3.2 Verksamhetsområde Service

I granskningen år 2012 hade inga kontroller redovisats för detta verksamhetsområde, varför rapporteringen i år visar på en stor förbättring.

Samtidigt finns det problem med genomförandet av de olika kontrollerna inom verksamhetsområde Service. Endast en av fyra kontroller godkänns i denna granskning. I underlaget framgår hur kontrollen genomförts och dess resultat. För övriga kontroller finns det mer att önska. I de tre kontroller som vi inte har godkänt framgår inte med tydlighet att någon särskild kontrollaktivitet har skett och därmed inget resultat av denna. Det är viktigt att kontrollaktiviteten tydliggörs, så att rapporteringen verkligen fokuserar på identifierade risker och inte är mer allmänt hållna beskrivningar.

4.3.3 Rapportering till landstingsstyrelsen

I rapporten till landstingsstyrelsen framgår även resultat för en kontroll inom primärvården som inte ingår i styrelsens kontrollplan för 2013, varför den inte har granskats av revisionen.

Landstingsdirektören bedömning är att det finns problem metoden som används för att genomföra kontrollaktiviteterna inom primärvården. Vi delar denna bedömning. I landstingsdirektörens bedömning framgår att detta göra att det "medför svårigheter att verifiera sammanfattande slutsatser". Vi anser att det i anslutning till denna kommentar bör framgå exakt vilka kontroller där landstingsdirektören anser att metoden utgör ett problem.

När det gäller verksamhetsområde service är landstingsdirektörens bedömning att "vissa av aktiviteterna är mer en beskrivning av nuläge och inte genomförda kontrollaktiviteter". Vi anser att det i anslutning till denna kommentar bör framgå vilka kontroller som landstingsdirektören inte anser vara genomförda.

Landstingsdirektörens slutsats är att landstingsstyrelsen med anledning av utfallet ska säkerställa att avrapportering av innehållet i kommande kontrollplaner förbättras. Vidare framgår att kommande avrapporteringar tydligt ska ange omfattningen av genomförda kontrollaktiviteter samt vilka resultat som uppnåtts. Mot bakgrund av de brister som finns är det positivt om styrelsen beslutar att förbättra metoden.

5 Hälsa- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Bedömningen utgår från samma modell som användes för att bedöma landstingsstyrelsens interna kontroll (beskrivs i avsnitt 2.5). Eftersom hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan är mer omfattande utgår redovisningen nedan per målområde för att undvika upprepning.

5.1 Målområde Bättre och jämlik hälsa

5.1.1 Verksamhetsområde Medicin och Kirurgi

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Vård på rätt nivå i rätt tid	Medicin: Antal patienter med kontakt via vård-samordnare	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Kirurgi: Uppföljning enligt vårdgaranti och "kömiljard"	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.1.1.1 Vård på rätt nivå i rätt tid

Medicin

I underlaget framgår att cirka trehundra patienter har haft kontakt med vårdsamordnare och att 90 procent av dem tillhör verksamhetsområde medicin.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet, eller om det som beskrivs är bra eller dåligt. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Kirurgi

I rapporten framgår att 80 procent uppnått vårdgarantin för besök och 58 procent för åtgärder.

I den här kontrollen finns en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att uppfylla vårdgarantin. I den interna kontrollen kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen mätts. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad och det går inte att göra en bedömning av den interna kontrollen i resultatet. Därför bedömer vi kontrollen vara gul.

5.2 Målområde God vård

5.2.1 Verksamhetsområde Medicin, Kirurgi, Regionvård och Tandvård (målområde god vård)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Att landstingets interna kläd- och hygienregler efterlevs.	Medicin: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Kirurgi: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
	Regionvård: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
<i>Följsamhetsmätning; Desinfektion händer Följsamhet till klädrutiner</i>	Tandvård: Mätning 4 ggr/år i	KA: Verksamhetschef RA: Ulf Söderström	GRÖN
Att de nationella rekommendationerna för att minska/förhindra vårdrelaterade infektioner efterlevs.	Medicin: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Kirurgi: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Regionvård: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
Att läkemedelslistan är korrekt vid utskrivning.	Medicin: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

	Kirurgi: Genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
	Regionvård: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att förändringar i läkemedelsbehandling under vårdtiden dokumenteras.	Medicin: Genomgång av resultat enligt patient-säkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
	Kirurgi: Genomgång av resultat enligt patient-säkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Regionvård: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att patientdatalagens krav på journalanteckning efterlevs.	Medicin: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
<i>Att journalanteckningar inte görs inom föreskrivna tidsintervaller.</i>	Kirurgi: Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
Att sjuksköterskevikarier för sommaren anställs genom tidig rekrytering	Medicin: 2 ggr/år - Uppföljning av behov och utfall	KA: Avdelningschef/ verksamhetschef RA: Verksamhetsområdeschef	RÖD
	Regionvård: 2 ggr/år	KA: Avdelningschef, Verksamhetschef RA: Verksamhetsområdeschef	RÖD
Att antalet utbildningsplatser för bristyrken (specialistsjuksköterskor) tillgodoses av UmU	Medicin: Uppföljning årligen med UmU-vårdsam	KA: Personalchef RA: Personalchef	RÖD
	Regionvård: Årligen	KA: Personalchef RA: Verksamhetschef	RÖD

5.2.1.1 Efterlevnad till kläd- och hygienrutiner

Medicin

I underlaget framgår kortfattat att målet nås till 100 %.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet. Det framgår inte om siffran 100 % baseras på ett stickprov eller hela populationen. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Kirurgi

I underlaget framgår att följsamheten till kläd- och i än högre utsträckning hygienregler "behöver förbättras ytterligare för att nå upp till de höga krav som ställs i modern sjukvård". Vidare framgår att all personal som arbetar i nära fysisk kontakt med patienter ska följa de basala hygienrutinerna och klädreglerna och att arbetet med att öka följsamheten fortsätter.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen inte beskriver om någon särskild kontrollaktivitet har genomförts. Därför bedömer vi kontrollen vara röd.

Regionvård

Resultatet visar att de interna kläd- och hygienreglerna efterlevts till mer än 90 % under år 2013. Enligt underlaget har hygienen har förbättrats i mätningarna under året, medan följsamheten till klädregler var något försämrat vid den sista mätningen.

Trots att beskrivningen av själva mätningen skulle kunna vara mer utförlig i fråga om antal observationer och själva kontrollens tillförlitlighet, så bedömer vi att underlaget är av tillräcklig kvalitet och kontrollen bedöms vara grön.

Tandvård

I underlaget framgår att Folktandvården har tagit fram en hygienhandbok under året. Rutinerna har implementerats och fyra följsamhetsmätningar till hygien- och klädregler har genomförts. Sammantaget har andelen som följer fastställda hygienriktlinjer förbättrats från 30 % till 40 % under året men ligger fortfarande långt från landstingets målvärde, varför det kommer att vara ett fokusområde för verksamheten även under år 2014. Verksamhetsområdet har efter kontrollen framställt en checklista för personlig hygien som finns på alla behandlingsrum.

Vi bedömer att kontrollen är grön.

5.2.1.2 Efterlevnad till nationella rekommendationer för att minska/förhindra vårdrelaterade infektioner

Medicin

I underlaget framgår att kontrollaktiviteten genomförts genom "genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan". Vidare framgår att målet nås till 75 %.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen bestått i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet. Det framgår inte om siffran 75 % baseras på ett stickprov eller hela populationen. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Kirurgi

I rapporteringen framgår att infektionsfrekvensen uppgick till 8 procent enligt den senaste mätningen vilket innebär att målet nås till 100 procent.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen bestått i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet. Det framgår inte om siffran som redovisas baseras på ett stickprov eller hela populationen. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Regionvård

I underlaget framgår att verksamhetsområdet genomfört en genomgång av samtliga vårdrelaterade infektioner inom neurocentrum. Det har skett genom punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner samt mätningar av sternuminfektioner med månadsvis rapportering. Höstens resultat är enligt underlaget de bästa sedan mätningarna startade 2008 och infektionsfrekvensen på NUS var den hittills lägsta.

Resultaten för neurokirurgkliniken har enligt underlaget särskilt gått igenom av patientsäkerhetssamordnare och diskuterats i patientsäkerhetsgruppen. En stor del av infektionerna uppkommer under intensivvård, varför ett samarbete mellan neurokirurgen och intensivvårdavdelningen har påbörjats. Andra åtgärder som beskrivs är renovering av operationssalar, utbildningsaktiviteter, översyn av antibiotikarutiner samt statistiska genomgångar kring sternuminfektioner.

Enligt vår bedömning är kontrollen grön och föredömligt redovisad.

5.2.1.3 Korrekt läkemedelslista vid utskrivning

Medicin

I underlaget framgår att kontrollaktiviteten genomförts genom "genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan". Resultatet visar enligt underlaget att målet nås till 100 %.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen bestått i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet. Det framgår inte om siffran 100 % baseras på ett stickprov eller hela populationen. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Kirurgi

I underlaget framgår endast en kommentar: "uppföljning och följsamhet till förändring av läkemedelslista är väsentligt att sköta korrekt och arbetet fortgår".

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen är allt för summarisk. Det är otydligt i underlaget om någon särskild kontrollaktivitet har genomförts. Därför bedömer vi kontrollen vara röd.

Regionvård

I underlaget framgår att stickprovsanalyser har genomförts. Vidare framgår att resultatet visar på förbättringar, men att målen inte nås.

Vi anser att resultatet i sifferformat ska framgå i underlaget, vilket inte är fallet. Det går inte att avgöra om förbättringarna är stora eller små, eller hur långt från målnivån det är. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

5.2.1.4 Dokumentation av förändringar i läkemedelsbehandling

Medicin

I underlaget framgår att kontrollaktiviteten genomförts genom "genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan". Resultatet visar enligt underlaget att 88,3% av patienterna har förändringar dokumenterade.

Trots att beskrivningen av själva mätningen skulle kunna vara mer utförlig i fråga om antal observationer och själva kontrollens tillförlitlighet, så bedömer vi att underlaget är av tillräcklig kvalitet och kontrollen bedöms vara grön. Den bör även kombineras med någon typ av bedömning, eller åtgärdsförslag.

Kirurgi

I underlaget framgår att användningen av sökordet läkemedelsberättelse vid journaldokumentationen har ökat men ännu inte nått fullt genomslag.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen bör vara mer utförlig. Det framgår inte vem som utfört kontrollen eller hur den gått till. Vidare saknas en tydlig redovisning av resultatet, varför vi bedömer att kontrollen är gul.

Regionvård

I underlaget framgår att stickprovsanalyser har genomförts. Vidare framgår att resultatet visar på förbättringar, men att målen inte nås.

Vi anser att resultatet i sifferformat ska framgå i underlaget, vilket inte är fallet. Det går inte att avgöra om förbättringarna är stora eller små, eller hur långt från målnivån det är. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

5.2.1.5 Efterlevnad till patientdatalagen

Medicin

I underlaget framgår att kontrollaktiviteten genomförts genom ”genomgång av resultat enligt patientsäkerhetsplan”. Resultatet visar enligt underlaget att målet nås till 100 %.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i. Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet. Det framgår inte om siffran 100 % baseras på ett stickprov eller hela populationen. Därför är vår bedömning att kontrollen är gul.

Kirurgi

I underlaget framgår att läkarsekreterarna har genom produktions och kapacitetsplanering jämnat ut skrivandet av journalanteckningar. Vidare konstateras att arbetet måste fortgå då svackor i verksamheten finns.

Rapporteringen av kontrollen är allt för summarisk. Det är otydligt i underlaget om någon särskild kontrollaktivitet har genomförts. Därför bedömer vi kontrollen vara röd.

5.2.1.6 Tidig rekrytering av sommarvikarier

Medicin

I underlaget framgår att olika aktiviteter prövats under året, dock framgår inte vilka dessa är. Vidare framgår att fyra traineetjänster lysts ut och tillsatts på Medcentrum vid NUS.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

Regionvård

I underlaget framgår ”ett betydande antal” sköterskor fått utveckla sin kompetens för att kunna rotera mellan olika avdelningar samt att sommaravtal och ändrad semesterplanering har genomförts.

I underlaget som det är formulerat går det inte att avgöra om det gjorts någon särskild kontrollaktivitet. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna. Det framgår inte vem som utfört den eventuella kontrollen eller dess resultat. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.2.1.7 Antal utbildningsplatser inom bristyrken

Medicin

I underlaget framgår att diskussioner förs i samtliga forum där landstinget träffar UmU.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i eller om det har genomförts någon kontroll överhuvudtaget. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

Regionvård

Inget underlag har rapporterats. Kontrollen bedöms vara röd.

5.2.2 Specifika kontroller verksamhetsområde Kirurgi (målområde god vård)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att WHO's checklista används och efterlevs	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN

5.2.2.1 WHO:s checklista

Enligt rapport till nämnden används checklistan för alla opererande kliniker som använder operationssystemet Orbit. Trots att beskrivningen skulle kunna vara med utförlig bedömer vi kontrollen vara grön.

5.2.3 Specifika kontroller verksamhetsområde Regionvård (målområde god vård)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att journalanteckningar signeras och epkriser diagnosregistreras inom överenskommen tid	Genomgång av resultat	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
Att framräknat behov av AT och ST realiseras i antalet nya befattningar	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetsområdeschef	GRÖN
Att data från NLT och RCC i samverkan (läkemedelsgrupp) används i samband med ansökan om introduktion av nya läkemedel	När nya läkemedel aktualiseras och godkänns	KA: Verksamhetschef Medicinskt ansvariga läkare RA: Verksamhetschef	RÖD

5.2.3.1 Journalanteckningar och epkriser

I underlaget framgår att kontroller har skett månadsvis och att samtliga journalanteckningar har kontrollerats av verksamhetschef. Resultatet visar att "så gott som alla" anteckningar har signerats inom 14 dagar från utskrivning. Vid den senaste mätningen var 0,27 % osignerade.

Trots att det i underlaget enbart framgår resultat från den senaste mätningen så bedömer vi att kontrollen är grön.

5.2.3.2 Framräknat behov av AT och ST jämfört med antalet befattningar

I rapport till nämnden framgår att det prognostiserade behovet av ST-läkare överstiger det budgetutrymme som finns för ST totalt. Vi bedömer kontrollen vara grön.

5.2.3.3 Introduktion av nya läkemedel

I underlaget framgår att det finns en särskild rutin för detta.

I underlaget som det är formulerat går det inte att avgöra om det gjorts någon särskild kontrollaktivitet. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.2.4 Specifika kontroller verksamhetsområde Tandvård (målområde god vård)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Andel riskpatienter barn och vuxna med en försening > 1 månader	Via script varje månad	KA: Per Lundgren RA: Ulf Söderström	GUL
Andel patienter som ej narkosbehandlats inom 90 dagar	Varje månad	KA: Roger Stenberg Anna-Maria Stenlund Peder Wilhelmson RA: Ulf Söderström	GUL

5.2.4.1 Andel riskpatienter med större försening än en månad

I underlaget framgår att andel riskpatienter som kallats med en försening större än 1 mån har följts regelbundet under året genom riktade kontroller. Det framgår att målet är att andelen inte överstiger 5 procent. Slutsatsen i underlaget är att målvärdet uppnåtts för barn och ungdom "utom vid ett fåtal tillfällen", men att ett tiotal kliniker inte klarat målvärdet för vuxna riskpatienter. Vidare följer en beskrivning av insatta åtgärder, såsom att prioritera riskpatienter, omfördela resurser till kliniker med vakanser samt ge patienter möjlighet att boka tid på annan klinik.

I den här kontrollen finns en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att mindre än fem procent av riskpatienterna ska ha en kallelse med större försening än en månad. I den interna kontrollen kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen mätts en gång i månaden. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad. Därför bedömer vi kontrollen vara gul.

5.2.4.2 Andel patienter som ej narkosbehandlats inom 90 dagar

I underlaget framgår att andel patienter som inte blivit kallade inom 90 dagar inom olika patientgrupper. Vidare följer en beskrivning av insatta åtgärder, såsom att omfördela narkospatienter mellan kliniker och dialog med den specialiserade sjukvården.

Även i den här kontrollen finns en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att uppfylla vårdgarantin. I den interna kontrollen kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen mätts. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad. Därför bedömer vi kontrollen vara gul.

5.3 Målområde God hushållning

5.3.1 Verksamhetsområde Medicin och Regionvård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Verksamheterna klarar att hålla sin budget i balans	Medicin: Månatliga uppföljningar av utfall, flöden och tillgänglighet	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
	Regionvård: Månatliga uppföljningar av utfall, flöden, uppdrag tillgänglighet	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.3.1.1 Budget i balans

Medicin

I underlaget framgår att verksamheterna följs upp tio gånger per år med fokus på ekonomi, personal, utvecklig och förbättringsarbete. För de verksamheter som avslutar året med negativa resultat finns "tydliga, kommunicerade förklaringar till utfallet".

Vi anser att underlaget tydligare bör beskriva innehållet i kontrollaktiviteten. Det framgår inte hur många eller vilka verksamheter som har bristande processer, vilket egentligen är det intressanta ur intern-kontrollperspektiv. Vidare är vi tveksamma till om detta egentligen utgör en anmodad kontroll eller egentligen ingår som aktivitet i den ordinarie uppföljningen. Resultatet i underlaget bör utvecklas, varför vi bedömer kontrollen vara gul.

Regionvård

I underlaget framgår att detta ska följas i månatliga uppföljningar av utfall och flöden. Som resultat framgår endast att detta är ett "fortsatt riskområde med åtgärdsplaner".

Vi anser som ovan att underlaget tydligare bör beskriva innehållet i kontrollaktiviteten. Det framgår inte hur många eller vilka verksamheter som har bristande processer, vilket egentligen är det intressanta ur intern-kontrollperspektiv. Vidare är vi tveksamma till om detta egentligen utgör en anmodad kontroll eller egentligen ingår som aktivitet i den ordinarie uppföljningen. Vi bedömer kontrollen vara gul.

5.3.2 Specifika kontroller verksamhetsområde Medicin (god hushållning)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Antalet återbesök ska minska jämfört med 2012 på berörda kliniker	2 ggr/år	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.3.2.1 Minskning av antalet återbesök

I underlaget framgår att målet inte uppnås. Mätningar har skett två gånger per år. Orsaken är enligt underlaget nya rutiner samt brist på resurser.

I underlaget framgår inte kontrollens/mätningarnas egentliga resultat. Vidare finns i den här kontrollen en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att minska antalet återbesök för att hushålla med resurser. Kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen (antal återbesök) mätts. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad. Därför bedömer vi kontrollen vara gul.

5.3.3 Specifika kontroller verksamhetsområde Kirurgi (god hushållning)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att den utomlänsvård som faktureras landstinget kan avstämmas mot epikriser	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att diagnosättning stämmer med dokumentation i journal samt att korrekta koder används.	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
Att den statistik som ligger till grund för vårdgarantin kvalitetssäkras	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD

5.3.3.1 Fakturering av utomlänsvård

I underlaget beskrivs att "alla utomlänsfakturer är granskade mot epikris/vad som är utfört innan attest".

Vi anser att kontrollen är genomförd och rapporterad. Dock redovisas inget resultat, dvs. om man upptäck differenser mellan faktura och epikris, varför vi bedömer kontrollen vara gul.

5.3.3.2 Korrekt diagnosättning

I rapport till nämnden framgår att respektive verksamhetschef har gett i uppdrag till läkarsekreterarna att använda korrekta koder.

I underlaget som det är formulerat går det inte att avgöra om det gjorts någon särskild kontrollaktivitet. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.3.3.3 Kvalitetssäkrad statistik

I underlaget framgår att verksamhetschefer "med jämna mellanrum" har kvalitetssäkrat väntelistor som ligger till grund för den statistik som redovisar uppfyllande av vårdgarantin.

I underlaget som det är formulerat går det inte att avgöra om det gjorts någon särskild kontrollaktivitet. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna. Här redovisas inget resultat. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.3.4 Specifika kontroller verksamhetsområde Tandvård (god hushållning)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Ett urval av Patientfakturer skapade i T4 kontrolleras mot att de levererats från Agresso	Stickprov varje månad	KA: Ulla Edin RA: Ulf Söderström	RÖD
Att debiterade åtgärder överförs från T4 till ekonomisystemet	Kontroll i ekonomisystem varje månad	KA: Ulla Edin RA: Ulf Söderström	RÖD

5.3.4.1 Kontroll av patientfakturer

I underlaget framgår att stickprovskontroller har utförts på fem slumpvis utvalda kliniker under maj år 2013. Resultatet visar att "antal utställda fakturer till kund skapade i T4 ett specifikt datum stämde med antalet skapade fakturer i Agresso." Slutsatsen i underlaget är att inga åtgärder behöver vidtas.

I kontrollplanen framgår att kontrollaktiviteten ska genomföras som ett stickprov varje månad. I underlaget framgår att stickprov endast gjorts i maj. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.3.4.2 Kontroll av debiterade åtgärder

I underlaget framgår att folk tandvården, löne- och faktureringsbyrån och IT i samarbete har tagit fram en flödesbeskrivning och förslag till utformning av en ny "ekonomifil" vid årsskiftet 2012/13. Vidare beskrivs kortfattat en rad åtgärder som omarbetning av faktureringsflödet och tester under januari - mars 2013.

I kontrollplanen framgår att kontroller ska genomföras varje månad. I underlaget framgår inte resultatet av dessa. Därför bedöms kontrollen vara röd.

5.4 Målområde Hälsofrämjande arbetsplats

5.4.1 Verksamhetsområde Medicin, Kirurgi och Regionvård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att resultatåterkoppling sker samt att förbättringsåtgärder vidtas med anledning av medarbetarundersökningen 2012	Medicin: Dokumentstudier, intervjuer och analys av 5 "röda" enheter	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD

	Kirurgi: Dokumentstudier, intervjuer och analys av 5 "röda" enheter	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
	Regionvård: Dokumentstudier, intervjuer och analys av 5 "röda" enheter	KA: Kompetens-utvecklingsstrateg RA: Hälsofrämjande arbetsplatser	RÖD
Sammanställning av avvikelserapporter gällande hot och våld.	Medicin: 1 ggr/år	KA: Avvikelsesamordnare, Avdelningschef, Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
	Regionvård: 1 ggr/år	KA: Avvikelse-samordnare, Avdelningschef, Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Löpande följa och påtala behovet av nyrekrytering i förhållande till pensionsavgångar, annat avslut samt utökad, minskad eller förändrad verksamhet.	Medicin: Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD
	Regionvård: Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.4.1.1 Resultatåterkoppling och förbättringsarbete efter medarbetarundersökning

Medicin

I underlaget framgår: "materialet från medarbetarenkäten var till dels svårt att analysera och använda men många aktiviteter för förbättrad arbetsmiljö på många plan har genomförts".

I kontrollplanen framgår att kontrollen ska genomföras genom intervjuer och analys av fem "röda" enheter. Det framgår inte att det har genomförts varför kontrollen bedöms vara röd.

Kirurgi

I rapport till nämnden framgår att enheter med det sämsta och bästa resultatet har identifierats. Vidare framgår att analyser har påbörjats.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen bör vara mer utförlig. I kontrollplanen framgår att kontrollen ska genomföras genom intervjuer och analys av fem "röda" enheter. Det framgår inte i underlaget att detta har genomförts varför vi bedömer att kontrollen är röd.

Regionvård

I rapport till nämnden framgår att enheter med det sämsta och bästa resultatet har identifierats. Vidare framgår att analyser har påbörjats.

I kontrollplanen framgår att kontrollen ska genomföras genom intervjuer och analys av fem "röda" enheter. Det framgår inte att det har genomförts varför vi bedömer kontrollen vara röd.

5.4.1.2 Avvikelse rapporter om hot och våld

Medicin

I underlaget uppges att sammanställning av avvikelserapport sker en gång per år. I redovisning av resultat framgår att "byte av rapporteringssystem under 2013 ger lite osäker datafångst men ur systemen kan 37 rapporter noteras".

Det är positivt att underlaget beskriver en eventuell brist i metoden. Trots att rapporteringen är mycket kortfattat bedömer vi kontrollen vara grön. Kvaliteten på rapporteringen skulle höjas om det även framgick om siffran som redovisas är hög eller låg i sammanhanget.

Regionvård

I underlaget framgår att avvikelser har analyserats två gånger under året. Vidare framgår att det finns en handlingsplan för hot och våld som ska revideras. Den verksamhet som är mest utsatt för hot och våld erbjuder normalt sina medarbetare en nätbaserad utbildning i konflikthantering, men denna genomfördes inte heller under året.

Det är positivt att underlaget beskriver även de moment som verksamheten inte hunnit genomföra under året. Dock framgår inte resultat av den planerade kontrollaktiviteten. Enligt planen är det analyser av avvikelserapporter gällande hot och våld som ska granskas. I underlaget framgår inte resultat av analysen, varför vi anser kontrollen vara gul.

5.4.1.3 Följa behovet av nyrekrytering

Medicin

I underlaget framgår att behoven diskuteras generellt inom verksamhetsområdet och inom varje basenhet. Vidare står att "loka rekryteringar kopplat till långsiktigare avslut prövas".

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen bestått i. Vidare framgår inte resultat av kontrollen. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

Regionvård

I underlaget framgår att det görs en årlig uppföljning för att stämma av behovet av framtida rekrytering samt att det är ett fortsatt riskområde.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen bör vara mer utförlig. Det saknas en tydlig redovisning av resultatet, varför vi bedömer att kontrollen är gul.

5.4.2 Specifika kontroller verksamhetsområde Kirurgi (hälsofrämjande arbetsplats)

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Uppföljning av pågående förbättringsarbeten/flöden avseende "processer över basenhetsgränser"	Halvårsvis	KA: Verksamhetschef, processledare RA: Verksamhetschef	GUL

5.4.2.1 Uppföljning av förbättringsarbete

I rapport till nämnden framgår att regelbundna månadsmöten genomförs och då följer man upp processer över basenhetsgränserna.

Vår bedömning att rapporteringen av kontrollen bör vara mer utförlig. Det saknas en tydlig redovisning av resultatet, varför vi bedömer att kontrollen är gul.

5.5 Övriga målområden

5.5.1 Specifika kontroller verksamhetsområde Kirurgi

Målområde och Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Målområde Hållbar utveckling och tillväxt Regelbunden uppföljning och genomgång av behovsanalyser uppmärksamma och genomföra rekryteringar i förhållande till pensionsavgångar, annat avslut samt utökad/minskad/förändrad verksamhet.	Årligen	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
Målområde Hållbar utveckling och tillväxt Att antalet utbildningsplatser för bristyrken (specialistsjuksköterskor) tillgodoses av UmU	Uppföljning årligen - med UmU – vårdsam	KA: Personalchef RA: Personalchef	RÖD
Målområde Medborgarinflytande Att patienternas deltagande i vårdprocesser tillgodoses	Genomgång av resultat enligt patient-säkerhetsplan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	RÖD

5.5.1.1 Uppföljning av rekryteringsbehovet

I rapport till nämnden framgår att det pågår en generationsväxling bland överläkare, barnmorskor och läkarsekreterare. Vidare anges exempel på trainee- och kompetensutvecklingsprogram. Vi bedömer att kontrollen är grön.

5.5.1.2 Uppföljning av antal utbildningsplatser

I underlaget framgår samverkan mellan landstinget och UmU sker kontinuerligt för att tillgodose utbildningsplatser för bristyrken.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten består i eller om det har genomförts någon kontroll. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

5.5.1.3 Patientdeltagande i vårdprocesser

I rapport till nämnden framgår att patientgrupper deltar i allmänna möten och att specifika inbjudningar sker till diagnosspecifika grupper för respektive basenhet.

Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten består i eller om det har genomförts någon kontroll. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är röd. Underlaget måste kunna visa att en särskild kontroll har utförts för att säkra en vital process, samt resultatet av denna.

5.5.2 Verksamhetsområde Tandvård

Målområde och Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Målområde rekrytering Antal Vakanser Antal nyanställda tandläkare/specialister	Var 3:e månad	KA: Karin Rönnblom RA: Ulf Söderström	GRÖN

5.5.2.1 Uppgifter om antal vakanser och nyanställda

I underlaget framgår att bemanningssituationen inom tandvården följs kontinuerligt. Vidare följer en beskrivning av kompetensbehov och gjorda rekryteringar. Slutligen beskrivs några åtgärder, som att basenheter har tagit fram bemanningsplaner, att ett långsiktigt arbete med en kompetensförsörjningsplan inletts samt att det inletts riktade rekryteringsinsatser. Vi bedömer att kontrollen är grön.

5.6 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för 2013 har genomförts och återkopplats till nämnden. Rapporterna har dock mycket varierande kvalitet. De kontroller som anses hålla låg kvalitet har följande brister:

- Det är otydligt i underlaget vad kontrollaktiviteten egentligen består i.
- Det är svårt att utifrån underlaget bedöma resultatet, eller om det som beskrivs är bra eller dåligt.
- Det framgår inte om alla enheter eller ett urval har testats.
- I underlaget framgår inte hur många eller vilka verksamheter som har bristande processer
- Den planerade metoden har inte följts

5.6.1 Verksamhetsområde Medicin

Två av de tretton kontrollerna som rapporterats in anses vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. Fyra kontroller godkänns inte då det inte går att avgöra om särskild kontroll har genomförts.

Sju kontroller håller inte tillräcklig kvalitet för att godkännas helt. I två fall är metoden missvisande. Om risken är att verksamheterna inte klarar exempelvis en ekonomi i balans så bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att uppnå en ekonomi i balans och inte endast genomföras i muntlig avstämning. I en kontroll finns en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att minska antalet återbesök för att hushålla med resurser. I den interna kontrollen kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen (antal återbesök) mätts. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad och det går inte att göra en bedömning av den interna kontrollen i resultatet.

5.6.2 Verksamhetsområde Kirurgi

Två av de femton kontrollerna för verksamhetsområde kirurgi bedöms vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. Åtta kontroller godkänns inte då det inte går att avgöra i underlaget om de har genomförts.

Övriga fem kontroller håller inte tillräcklig kvalitet för att godkännas helt. I en kontroll finns en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Målet är att uppfylla vårdgarantin. I den interna kontrollen kopplat till detta mål bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen mätts. Kontrollaktiviteten blir på så vis missriktad och det går inte att göra en bedömning av den interna kontrollen i resultatet. Övriga saknar oftast en tydlig redovisning av resultaten, och läsaren kan inte bedöma om kontrollen gett någon intressant information.

5.6.3 Verksamhetsområde Regionvård

Fyra av de tretton kontrollerna för verksamhetsområde regionvård bedöms vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. Fyra kontroller godkänns inte då det inte går att utgöra i

underlaget om en särskild kontroll har genomförts. Underlag saknas för en kontroll och den rapporterades inte heller till nämnden.

Fem kontroller håller inte tillräcklig kvalitet för att godkännas helt. I ett fall är metoden missvisande. Om risken är att verksamheterna inte klarar exempelvis en ekonomi i balans så bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att uppnå en ekonomi i balans och inte endast genomföras i muntlig avstämning. I övriga saknas en tydlig redovisning av resultatet.

5.6.4 Verksamhetsområde Tandvård

Två av de sex kontrollerna för verksamhetsområde tandvård bedöms vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. Två kontroller är underkända eftersom den planerade metoden för kontrollen inte har använts.

Övriga två kontroller håller inte tillräcklig kvalitet för att godkännas helt. De innehåller en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll. Fokus är att mindre än fem procent av riskpatienterna ska ha en kallelse med större försening än en månad och att uppfylla vårdgarantin. I den interna kontrollen kopplat till målen bör kontrollaktiviteten fokusera på de vitala processer som behövs för att säkra måluppfyllelsen. Istället för att göra detta har endast själva måluppfyllelsen mätts. Kontrollaktiviteterna blir på så vis missriktade och det går inte att göra en bedömning av den interna kontrollen i resultatet.

5.6.5 Hälso- och sjukvårdsnämndens bedömning av den interna kontrollen

På sitt sammanträde i februari 2014 beslutade nämnden om den interna kontrollen för år 2013. Beslutet lyder: "avrapporering och förbättringsåtgärder sker enligt upprättat förslag". Det finns dock inget särskilt förslag utöver de kontroller som rapporterats.

Vår bedömning är att det finns problem i såväl metodik som rapportering av ett stort antal av de planerade kontrollerna i hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan. Vidare saknas rapport för en kontroll inom verksamhetsområde Regionvård. Det är en brist att nämnden inte noterar detta och visar en mer aktiv hållning.

6 Avslutande bedömning

6.1 Svar på revisionsfrågorna

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden för det egna ansvarsområdet upprättat en organisation med tydlig arbets- och ansvarsprocess för den interna kontrollen?

Ja. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut i slutet av år 2013 som förtydligar organisationen för den interna kontrollen inom det egna ansvarsområdet.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?

Ja, I samband med att beslut fattades om kontrollplan för år 2013. Verksamhetsområdena har gjort och dokumenterat riskanalyser för år 2013 och dessa har delgivits nämnd och styrelse.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om internkontrollplaner för år 2013?

Ja.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att deras internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som har ansvaret för kontrollerna och när uppföljning ska ha genomförts?

Ja. I båda planer är det tydligt vilka områden som nämnden vill kontrollera genom de olika kontrollaktiviteterna. Det framgår också vem som är ansvarig och när uppföljning ska ske. Reglementet följs, men planerna skulle tydligare kunna visa hur en del av kontrollerna kan kopplas till efterlevnad till en plan/policy.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?

Nej, för såväl landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden är vår bedömning att redovisningen av ett stort antal kontroller håller så pass låg kvalitet att det inte går att säga att de har gjorts i enlighet med planerna.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnden av genomförda kontroller?

Nej. Vår bedömning är att återrapporteringen inte är tillräckligt utförlig för att styrelse/nämnd ska kunna göra en ordentlig bedömning av den interna kontrollen inom det egna verksamhetsområdet. I några fall har skett en sammanblandning av målstyrning och intern kontroll och i många delar är metoden för kontrollaktivitet av låg kvalitet. De tillämpningsanvisningar som finns bör tydligare beskriva hur substantiella kontroller ska genomföras kopplat till en rutin eller process.

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?

Nej. I granskningen har framkommit vissa verksamhetsnära åtgärder som upprättandet av checklistor, inventeringar eller att en del frågor lagts till i årets verksamhetsplan. Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade inte specifika beslut om åtgärder vid redovisning av deras interna kontroll i februari 2014. Vår bedömning är att det finns problem i såväl metodik som rapportering av ett stort antal av de planerade kontrollerna i hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan. Många av kontrollerna rapporteras mycket summariskt. Vidare saknas rapport för en kontroll inom verksamhetsområde Regionvård. Det är en brist att nämnden inte noterar detta och visar en mer aktiv hållning. Nämnden bör tydligt kunna ta ställning i varje kontroll, om den genomförts på ett tillfredsställande sätt, och om resultatet kräver åtgärder.

I underlag till landstingsstyrelsens sammanträde i mars 2014 framgår att landstingsdirektören anser att det finns problem metoden som används för att genomföra kontrollaktiviteterna inom primärvården och service. Vi delar denna bedömning och anser att det i anslutning till denna kommentar bör framgå exakt vilka kontroller där metoden utgör ett problem.

Landstingsdirektörens slutsats är att landstingsstyrelsen med anledning av utfallet ska säkerställa att avrapportering av innehållet i kommande kontrollplaner förbättras. Vidare framgår att kommande avrapporteringar tydligt ska ange omfattningen av genomförda kontrollaktiviteter samt vilka resultat som uppnåtts. Mot bakgrund av de brister som finns är det positivt om styrelsen beslutar att förbättra metoden. Enligt reglementet ska också styrelsen med utgångspunkt från uppföljningsrapporterna utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, besluta om sådana.

6.2 Sammanfattande bedömning

Syftet i denna revisionsrapport är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Vår bedömning är att reglementet för intern kontroll följs till viss grad. Vi baserar detta på följande:

- ▶ Det finns aktuella riskanalyser
- ▶ Nämnden/styrelsen har beslutat om interna kontrollplaner
- ▶ Det finns beslut om den interna organisationen för intern kontroll för såväl styrelse som nämnd

Den avgörande brist som framkommit i denna gransking är att en stor del av kontrollerna som återrapporteras håller mycket låg kvalitet. Det handlar om såväl problem med metodik som bristfällig redovisning av resultat. Bilden som träder fram är att det i verksamheten finns en omogen bild av vad intern kontroll egentligen syftar till och innebär.

Vår rekommendation är därför att såväl styrelse som nämnd tydliggör sina anvisningar för den interna kontrollen. I tydliggörandet bör ingå beskrivning av vad en särskild kontroll innebär och förslag på metoder, hur mycket information som ska rapporteras samt hur resultat bör värderas och hanteras.

Umeå den 20 mars 2014

Anna Eklöf

Gunnar Uhlin

7 Källförteckning

Anvisningar avrapportering intern kontroll 2013, Ekonomistaben

Avrapporteringsblankett intern kontroll 2013

”Intern kontroll inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde”, Fastställt av HSN 2013-10-17. Finns i protokoll från nämndens sammanträde 17 oktober 2013

Landstingsövergripande anvisningar till reglemente för intern kontroll, 2013-10-01 (bilaga till protokoll för landstingsstyrelsens sammanträde 2013-11-05)

Kontrollplan 2013 – Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012-10-24

Kontrollplan 2013 – Landstingsstyrelsen, 2012-12-10

Organisering av den interna kontrollen inom landstingsstyrelsens ansvarsområde, 2013-10-01 (bilaga till protokoll för landstingsstyrelsens sammanträde 2013-11-05)

Reglemente för intern kontroll - Västerbottens läns landsting, 2009-05-13, VLL 846-2009

Risکانalyser 2013 – Landstingsstyrelsen, 2012-10-23 (bilaga till internkontrollplan)

Risکانalyser 2013 – Hälso- och sjukvårdsnämnd, 2012-10-24 (bilaga till internkontrollplan)

Tillämpningsanvisningar för intern kontroll inom Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde, beslutade 2012-11-29

Avrapportering:

Verksamhetsområde service:

- Elkompentens
- Serverhall
- Tele
- Vattenförsörjning

Verksamhetsområde Tandvård, samlad rapportering

Verksamhetsområde Regionvård, samlad rapportering

Verksamhetsområde Medicin, samlad rapportering

Verksamhetsområde Kirurgi, samlad rapportering

Verksamhetsområde Primärvård, samlad rapportering