VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

MISSIV

2015-05-25

REV 65:2-2014

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Nämnden för funktionshinder och habilitering

Följsamhet år 2014 till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

I samband med avrapporteringen av den interna kontrollen för år 2014 konstaterade landstingsdirektören att det i flera fall fanns brister i såväl metoder för kontroller som i underlagen till respektive styrelse och nämnd. Med anledning av rapporteringen gav landstingsstyrelsen den 7 april 2015 i uppdrag till landstingsdirektören att senast i juni 2015 ge förslag på hur landstingets styrdokument för intern kontroll kunde revideras. Enligt landstingsstyrelsens beslut skulle landstingsdirektören lämna förslag på krav på internkontrollplaners innehåll och kontrollernas kvalitet. Landstingsdirektören skulle också lämna förslag på metoder för kontroller och hur resultatet av kontrollerna skulle hanteras och värderas.

Vi instämmer i landstingsstyrelsens bedömning om att styrelsernas och nämndernas arbete med den interna kontrollen behöver utvecklas. En fördjupad granskning visar att det för år 2014 fanns metodmässiga problem i ett stort antal av de kontroller som landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om i sina internkontrollplaner.

Vi är positiva till att landstingsstyrelsen gett landstingsdirektören i uppdrag att ta fram reviderade förslag på styrdokument för landstingets arbete med internkontroll. Den låga kvaliteten på återrapporterade kontroller år 2014 visade att det i förvaltningen fanns en omogen bild av vad intern kontroll syftade till och innebar.

Vid revisorernas överläggning den 25 maj 2015 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 35/2014) överlämnar revisorerna för kännedom till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice Ordförande

Västerbottens läns landsting
Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av landstingsstyrelsens och nämnders följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll år 2014

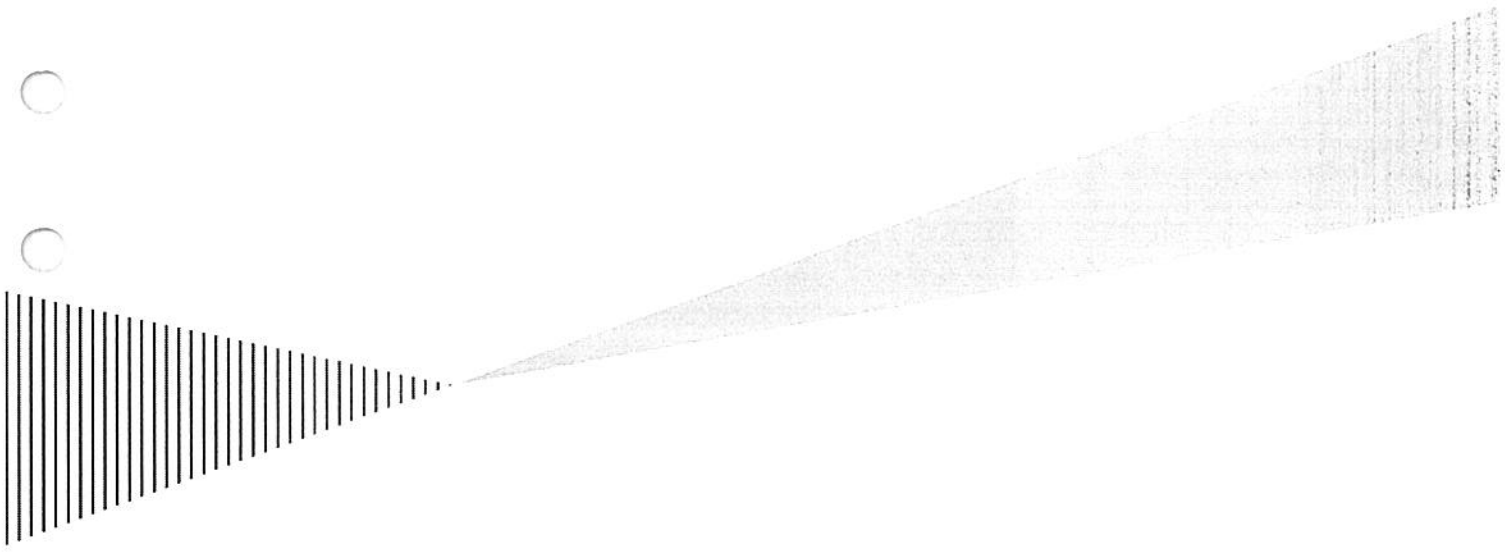
Rapport nr 35/2014

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Maj 2015
Anders More och Gunnar Uhlin, EY
Dnr: REV 65:2-2014

Granskning av intern kontroll 2014

Västerbottens läns landsting



Building a better working world

EY Building a better working world

Innehåll

1 Sammanfattning 2
2 Inledning 4
2.1 Bakgrund 4
2.2 Syfte och avgränsning 4
2.3 Revisionsfrågor 4
2.4 Revisionskriterier 5
2.5 Metod 5
3 System för intern kontroll inom landstinget 5
3.1 Reglemente för intern kontroll 5
3.2 Tillämpningsanvisningar 6
3.3 Organisation 6
3.4 Riskanalys 8
3.5 Kontrollplaner 8
3.6 Rapportering och uppföljning 10
3.7 Åtgärder vid brister 11
4 Landstingsstyrelsens interna kontroll 11
4.1 Verksamhetsområde Primärvård produktion 11
4.2 Verksamhetsområde Service 13
4.3 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll 15
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 16
5.1 Verksamhetsområde Medicin 16
5.2 Verksamhetsområde Kirurgi 18
5.3 Verksamhetsområde Regionvård 21
5.4 Verksamhetsområde Tandvård 24
5.5 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 26
6 Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll 28
7 Avslutande bedömning 31
7.1 Svar på revisionsfrågorna 31
7.2 Sammanfattande bedömning 32
8 Källförteckning 34

EY Building a better working world

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder.

Såväl landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden som nämnden för funktionshinder och habilitering har fattat beslut om kontrollplaner för år 2014. I samtliga planer är det tydligt vad som ska kontrolleras genom de olika kontrollaktiviteterna. Det framgår också i landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplaner vem som är ansvarig och när uppföljning ska ske. I kontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering anges i somliga fall att kontrollansvarig ska utses av verksamhetschef, vilket leder till otydlighet i ansvar.

Resultatet av den interna kontrollen har rapporterats till respektive nämnd under februari och april 2015. Vid avrapporteringen fattade landstingsstyrelsen beslut om att ge landstingsdirektören i uppdrag att lämna förslag på vidare åtgärder för att minska eventuella störningar och värme- och kylförsörjningen till sjukhusen i länet. Vidare gavs också landstingsdirektören i uppdrag att stödja hälsocentralerna i utvecklingen av egna kris- och beredskapsplaner. Varken hälso- och sjukvårdsnämnden eller nämnden för funktionshinder och habilitering fattade några specifika beslut om åtgärder vid redovisningen.

Vår bedömning är, likt föregående år, att det finns problem i såväl metodik som rapportering av ett stort antal av de planerade kontrollerna i nämndernas kontrollplaner.

I samband med avrapporteringen av den interna kontrollen har landstingsdirektören konstaterat att det i flera fall finns brister i såväl metod för kontroll som i underlaget för rapportering till nämnd. Detta är en bedömning vi delar trots att kvalitet i såväl kontroller som rapportering i flera fall har förbättrats jämfört med föregående år.

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

- Det finns beslut om den interna organisationen för intern kontroll för såväl nämnder som styrelse
- Det finns aktuella riskanalyser för två av de tre granskade nämnderna/styrelse
- Nämnderna och styrelsen har beslutat om interna kontrollplaner
- Avrapporteringen av genomförd internkontroll har skett till respektive nämnd

Den avgörande brist som framkommit i denna granskning och som gäller såväl styrelsen som nämnderna är att en stor del av kontrollerna som återrapporteras fortsatt håller låg kvalitet. Det handlar om såväl problem med metodik som bristfällig redovisning av resultat. Trots att förbättringar har skett inom såväl landstingsstyrelsens som hälso- och sjukvårdsnämnden är bilden som träder fram fortsatt 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 granskade nämnder tydliggör sina anvisningar för den interna kontrollen. I tydliggörandet bör ingå en beskrivning av vad en särskild kontroll innebär, har för syfte samt förslag på metoder, hur mycket information som ska rapporteras och hur resultat bör värderas och hanteras.

En ytterligare brist som framkommit i granskningen är avsaknaden av riskanalys för nämnden för funktionshinder och habilitering. En riskanalys ska enligt reglementet för intern kontroll göras och ligga till grund för valet av kontrollaktiviteter som lyfts in i den årliga planen för intern kontroll.

Vår rekommendation är att nämnden för funktionshinder och habilitering genomför en årlig riskanalys i sin verksamhet.

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 de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I reglementet för intern kontroll har fullmäktige i Västerbottens läns landsting 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 nämnderna/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 2014 beslutat att göra en granskning av landstingsstyrelsens (som nämnd), hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings följsamhet till reglementet för intern kontroll.

2.2 Syfte och avgränsning

Syftet är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering, det vill säga de nämnder i landstinget som har ett produktionsansvar.

2.3 Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering för det egna ansvarsområdet upprättat en organisation med tydlig arbets- och ansvarsprocess för den interna kontrollen?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om internkontrollplaner för 2014?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att deras internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som har ansvaret för kontrollerna och när uppföljning ska ha genomförts?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnderna av genomförda kontroller?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering 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 har genomförts med stöd av intervjuer och dokumentstudier. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av dokumentation som rör riskanalys, beslutad struktur för arbetsprocessen och rapporteringsformer samt internkontrollplaner. Granskningen har fokuserat på den avrapportering som skett till styrelsen och nämnderna avseende fastlagd internkontrollplan. Granskning har också gjorts av kvaliteten på rapporteringen av utförda kontrollmoment. En bedömning har också gjorts av om kontrollerna genomförts med tillräcklig kvalitet i relation till riskanalys och kontrollområdets karaktär.

Vi använder oss av en färgkodad bedömning. Bedömning "rött" indikerar att kontrollaktivitet inte genomförts eller återrapporterats. "Gult" indikerar att kontrollaktivitet genomförts och återrapporterats 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.

Intervjuer har genomförts med:

- Planeringschef, staben för planering och styrning
- Strateg för planering och uppföljning, staben för planering och styrning
- Utredare i nämnden för funktionshinder och habilitering, staben för planering och styrning
- Verksamhetsområdeschef regionvård samt föredragande i hälso- och sjukvårdsnämnden
- Redovisningschef

Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att faktagranska rapporten.

3 System för intern kontroll inom landstinget

3.1 Reglemente för intern kontroll

Landstingets reglemente för intern kontroll fastställdes i juni 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.

Landstingsfullmäktige beslutade den 17 februari 2015 om ett nytt reglemente för intern kontroll för den nya mandatperioden.

3.2 Tillämpningsanvisningar

Landstingsstyrelsen beslutade under hösten 2013 om *landstingsövergripande anvisningar till reglemente 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.

Tidigare tillämpningsanvisningar, antagna av fullmäktige 2009, förekommer också i organisationen. De innehåller i princip samma sak som anvisningarna daterade 2013.

Landstingsstyrelsen beslutade i december 2012 om tillämpningsanvisningar för den interna kontrollen inom styrelsens 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 styrelsen. När brister upptäcks ska det framgå förslag på genomförbara åtgärder för att förbättra kontrollen och styrningen. Styrelsen 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.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i november 2012 om motsvarande tillämpningsanvisningar. Anvisningarna är identiska med landstingsstyrelsens enligt ovan.

Nämnden för funktionshinder och habilitering har inte antagit några motsvarande tillämpningsanvisningar.

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 verksamhetsområdescheferna för att en god intern kontroll kan upprätthållas, att reglementen, regler och policys följs samt att verksamhetsområdesspecifika regler utformas så 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.

Övriga anställda är skyldiga att följa antagna reglementen, regler och policys i sin arbetsutövning. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad.

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 verksamgetsområdeschefen 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.

Nämnden för funktionshinder och habilitering antog i december 2013 dokument *Organisering av den interna kontrollen inom Nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde*. I dokumentet fastslås ansvarsfördelningen rörande intern kontroll i nämnden och att det är verksamhetsområdeschefen för medicin som årligen skriftligt ska rapportera till nämnden och ge en samlad bedömning av hur den interna kontrollen fungerar. Verksamhetschefer inom nämndens ansvarsområden ansvarar för att det finns rutiner och system som säkerställer att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Övriga anställda ansvarar för att omedelbart rapportera brister i den interna kontrollen till närmast överordnad. Av dokumentet framgår inte att en årlig internkontrollplan ska tas fram.

Vid staben för planering och styrning finns en strateg för planering och uppföljning som sedan sommaren 2014 tagit över ansvaret för processen för arbetet med intern kontroll i landstinget. Strategen begär årligen in rapporteringen av intern kontroll från samtliga nämnder och sammanställer detta i en rapport till landstingsstyrelsen. Tidigare vilade detta ansvar på redovisningschefen.

Enligt styrdokumentet *Systembeskrivning intern styrning och kontroll* ska det finnas en styrgrupp som är ansvarig för att på uppdrag av landstingsdirektören samordna processen med att ta fram de årliga planerna för intern kontroll samt sammanställa och årligen följa upp dem. Styrgruppen ska bestå av verksamhetsområdescheferna samt ekonomichef och redovisningschef. Styrgruppen har enligt uppgift inte varit aktiv under det senaste året.

3.4 Riskanalys

Det finns dokumenterade riskanalyser för landstingsstyrelsen och för hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämnden för funktionshinder och habilitering saknar dokumenterad riskanalys. 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". I landstingsstyrelsens riskanalys framgår att "endast de riskområden och risker som ingår i kontrollplanen redovisas i riskanalysen". Vid jämförelse av riskanalysen och kontrollplanen konstateras dock att flera riskområden som finns i riskanalysen inte förekommer i kontrollplanen.

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 för landstingsstyrelsen anges endast det samlade värdet medan det i riskanalysen för hälso- och sjukvårdsnämnden framgår såväl värdet för sannolikhet som för konsekvens.

3.5 Kontrollplaner

Landstingsstyrelsen beslutade att anta kontrollplan för år 2014 i mars 2014 och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att anta kontrollplan för år 2014 i februari 2014. Nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade att anta kontrollplan för 2014 i december 2013.

Samtliga planer innehåller tabeller där respektive verksamhetsområde beskriver kontrollaktiviteter, metod och frekvens, vem som ska genomföra kontrollen och till vem den ska rapporteras. I hälso- och sjukvårdsnämndens plan kopplas också varje kontrollaktivitet till ett målområde från den övergripande landstingsplanen, som exempelvis *god vård* eller *bättre och jämlik hälsa*.

Landstingsstyrelsens kontrollplan omfattar totalt 12 (för 2013 var antalet 22) kontrollaktiviteter inom verksamhetsområde primärvård (8 st) och verksamhetsområde service (4 st). Hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan omfattar totalt 32 (för 2013 var antalet 48) kontrollaktiviteter inom verksamhetsområdena medicin (7 st), kirurgi (10 st), regionvård (10 st) och tandvård (5 st). Nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan omfattar totalt 11 kontrollaktiviteter.

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

Tabell: Bedömning av landstingsstyrelsens kontrollplan 2014

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 de flesta fall framgår inte att kontrollaktiviteten berör efterlevnad till plan/policy eller vilken plan/policy som berörs. Det framgår vem som ansvarar för att kontrollen genomförs, antingen med namn eller vilken funktion som har ansvaret. Rörande rapportering framgår med namn vem som ansvarar att rapportera till verksamhetsområdeschef. För 11 av de 12 kontrollaktiviteterna anges när uppföljningen ska göras och rapporteras.

Revisionen konstaterade vid granskningen av intern kontroll för 2013 att fler verksamhetsområden än tidigare har infört kontroller kopplade till ekonomisystem under målområde "god hushållning". Detta har försämrats under 2014. Planen för 2014 innehåller inga kontroller kopplade till målområdet god hushållning. Riskanalysen innehåller två riskområden kopplade till god hushållning. Dessa har dock inte erhållit ett så högt riskvärde att de lyfts in i kontrollplanen.

Då landstingsstyrelsen är ägare för en rad centrala processer i landstinget såsom upphandling, investeringar, fakturering och löner så är det fortsatt förvånande att dessa inte finns med i styrelsens kontrollplan. Detta är en iakttagelse som även gjordes vid granskningen av den interna kontrollen för år 2013.

Tabell: Bedömning av hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan 2014

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. För somliga kontroller framgår att kontrollaktiviteten berör efterlevnad till regler eller plan/policy. För flera kontroller är det otydligt vilka regler som berörs.

Det framgår vem som ansvarar för att kontrollen genomförs, antingen med namn eller vilken funktion som har ansvaret. I några fall anges vilken grupp eller team som ansvarar för att kontrollen genomförs. Rörande rapportering anges vilken funktion som har ansvaret att rapportera granskningen till verksamhetsområdeschef. Inom verksamhetsområde *Medicin* anges att verksamhetsområdeschefen själv har ansvar för rapportering. I samtliga fall anges hur ofta uppföljningen ska göras, vilket varierar från varje vecka till en gång per år beroende på vilken typ av aktivitet det rör.

Tabell: Bedömning av nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan 2014

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

Av kontrollplanen framgår tydligt vad som ska granskas under året samt vilka regler och policys som berörs. Till skillnad från övriga två granskade nämnders planer anges inte vilket målområde kontrollen är kopplad till. För sex av totalt elva kontroller anges att kontrollansvarig ska utses av ansvarig verksamhetschef, vilket betyder att det inte tydligt anges vem som är ansvarig för kontrollen. Det framgår inte av planen när kontrollerna ska rapporteras. Dock framgår i samtliga fall vem som är ansvarig för rapporteringen till verksamhetsområdeschef. Det anges inte när kontrollerna ska genomföras och med vilken kontinuitet.

Vi noterar i likhet med vid förra årets granskning att av kontrollplanerna för såväl landstingsstyrelsen som för hälso-och sjukvårdsnämnden är relativt många kontrollaktiviteter relaterade till "God vård". Återigen vill vi därför 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. Granskade nämnder 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.

Inför uppföljningen av 2014 års interna kontroll inom landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvarig strateg vid staben för planering och styrning till varje kontrollansvarig under november månad skickat ett mail och upplyst om att det är hög tid att såväl genomföra som rapportera genomförd intern kontroll till staben för planering och styrning. Deadline för återkoppling av resultat var den 15 december. Vid detta datum hade inte samtliga kontrollansvariga återkopplat. Av informationen i mailet framgår att det ska anges vilket det uppmätta resultatet är efter genomförd kontroll. Det ska vidare anges när kontrollen genomfördes, hur den genomfördes, vilket resultat som framkom, slutsatser som kan dras efter genomförd kontroll samt vilka konsekvenser som resultatet får. Det ska också särskilt anges vilka eventuella åtgärder som ska vidtas med anledning av resultatet från kontrollen. Strategen vid staben för planering och styrning begär endast in resultatet från de kontroller som tas upp i internkontrollplanen för året.

Tidigare har en särskild mall använts för rapportering av intern kontroll. Denna mall tillämpas inte längre, då uppfattningen är att verksamheterna inte ska belastas med detta i någon stor utsträckning.

En uppföljningsrapport rörande den genomförda interna kontrollen i enlighet med internkontrollplanen i landstingsstyrelsen och i hälso- och sjukvårdsnämnden tas fram av strategen vid staben för planering och styrning. För landstingsstyrelsen är landstingsdirektören föredragande av rapporteringen och för hälso- och sjukvårdsnämnden är verksamhetsområdeschefen för regionvård föredragande.

Den samlade analysen av den interna kontrollen utifrån kontrollplanerna rapporterades till hälso- och sjukvårdsnämnden den 24 februari och till landstingsstyrelsen den 7 april.

För uppföljning av den interna kontrollen och de kontroller som lyfts in i internkontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar en av utredarna vid staben för planering och styrning. Ansvarig utredare skickade i december 2014 mail till ansvariga rörande att rapportering av genomförda kontroller som skulle göras. Deadline för rapporteringen sattes till den 23 januari. Några särskilda anvisningar för rapporteringen gavs inte annat än att internkontrollplanen bifogades mailet. Efter sammanställning av inrapporterat resultat presenterades detta för nämnden. Rapportering av genomförd intern kontroll för 2014 rapporterades till nämnden för funktionshinder och habilitering den 24 februari 2015. Någon analys av rapporterat resultat gjordes inte.

3.7 Åtgärder vid brister

I de fall brott förekommit eller allvarligare brister i den interna kontrollen bedöms föreligga ska det omedelbart rapporteras till överordnad chef och vidare till styrelse/nämnd. Då brister konstaterats ska de också föranleda att förslag på åtgärder för att förbättra kontrollen tas fram. Vid avrapporteringen av den interna kontrollen för landstingsstyrelsen har brister konstaterats som föranleder åtgärder. Detta rör bland annat framtagande av rutiner samt framtagande av brandplan. För hälso- och sjukvårdsnämnden tas i vissa fall åtgärdsförslag fram efter genomförd kontroll. Det rör bland annat förtydligade rutiner, intensifierat arbete inom något område samt riktade uppdrag till verksamhetschefer. Vid rapporteringen till nämnden för funktionshinder och habilitering lämnas inga åtgärdsförslag vid avrapporteringen till nämnden. Inga brott eller allvarligare brister har framkommit vid rapporteringen av den interna kontrollen för 2014.

4 Landstingsstyrelsens interna kontroll

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

4.1 Verksamhetsområde Primärvård produktion

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 använder POP:en för att identifiera den listade befolkningens behov av vård och prioritera basenhetens insatser utifrån detta.	Verksamhets-plan/ Aktivitetsplan	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN
Att hälsocentralerna har kunskap om frågor som rör HBT-personer.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GUL

4.1.1 Att hälsocentralen använder POP:en

I underlaget framgår att endast 59 % av hälsocentralerna använder POP:en. Detta konstateras vara en för låg andel och därför finns en risk att många hälsocentraler har bristande kunskap om befolkningens hälsotillstånd. Slutsatsen är att samtliga hälsocentraler kommer att informeras om vikten av att använda POP:en.

Enligt vår bedömning är kontrollaktiviteten genomförd och resultatet rapporterat, varför vi bedömer kontrollen som grön.

4.1.2 Kunskap om frågor som rör HBT-personer

I underlaget framgår att endast 63 % av hälsocentralerna angett att de har kunskap om frågor som rör HBT-personer. Frågan om hälsocentralerna har kunskap har ställts vid verksamhetsdialog med verksamhetschefer. Slutsatsen är att hälsocentralerna uppmanas söka information om området. Uppföljande kontroll kommer göras under 2015.

Enligt vår bedömning är kontrollaktiviteten genomförd och rapporterad. Däremot gör vi bedömningen att kontrollen håller för låg kvalitet. Det är inte tillräckligt att ställa en fråga om kunskap finns. Enligt vår bedömning bör kontrollfrågor ställas för att säkerställa att kunskap finns, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Tabell 2: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att rutin för introduktion och avslut av stafettläkare finns.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år.	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN
Vårdskadeenkät genomförs inom utsatt tid när detta efterfrågas.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år.	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GUL
Att rutin för bevakning av in- och utremisser finns.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år.	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN

4.1.3 Introduktion och avslut av stafettläkare

I rapporteringen framgår att 21 av 32 hälsocentraler har gällande rutin. Kontroll har genomförts genom att samtliga hälsocentraler har uppmanats att skicka in gällande rutin. De hälsocentraler som saknar rutin uppmanas att omgående ta fram rutin.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och rapporterad. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är grön.

4.1.4 Vårdskadeenkät genomförs

I rapporteringen framgår att 21 av 32 hälsocentraler uppger att de genomför vårdskadeenkät. Andelen där det anges att det finns risk att vårdskadeenkät inte genomförs inom utsatt tid uppgår till 15 %.

Enligt vår bedömning är kontrollaktiviteten genomförd och rapporterad. Däremot gör vi bedömningen att kontrollen håller för låg kvalitet. Det är inte tillräckligt att ställa en fråga om vårdskadeenkät genomförs. Dessutom framgår inte av rapporteringen om vårdskadeenkäten genomförs inom utsatt tid, så som kontrollaktiviteten anger att det ska göras. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är gul.

4.1.5 Rutin för bevakning av in- och utremisser

I rapporteringen framgår att 21 av 32 hälsocentraler har gällande rutin. Kontroll har genomförts genom att samtliga hälsocentraler har uppmanats att skicka in gällande rutin. De som inte har gällande rutin uppmanas att omgående ta fram rutin.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och rapporterad på ett tydligt sätt. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är grön.

Tabell 3: Målområde Säkerhet

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att lokal plan för kris- och katastrofberedskap finns.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN
Att brandplan finns.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN
Att larm och rutiner för överfall finns.	Uppföljning vid verksamhets-dialog två gånger per år	KA: Stab RA: Gunilla von Bergen	GRÖN

4.1.6 Plan för kris- och katastrofberedskap

I underlaget framgår att 26 av 32 hälsocentraler har en plan, vilket motsvarar 79 %. Kontroll har genomförts genom att samtliga hälsocentraler har uppmanats att skicka in planen. Bedömningen är att det är en för låg andel. De som inte har en plan uppmanas att omgående ta fram en plan.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och rapporterad på ett tydligt sätt. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är grön.

4.1.7 Brandplan

I underlaget framgår att 24 av 32 hälsocentraler har en brandplan, vilket motsvarar 73 %. Kontroll har genomförts genom att samtliga hälsocentraler har uppmanats att skicka in planen. Bedömningen är att det är en för låg andel. De som inte har en plan uppmanas att omgående ta fram en plan.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och rapporterad på ett tydligt sätt. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är grön.

4.1.8 Larm och rutiner för överfall

I underlaget framgår att 28 av 32 hälsocentraler har rutiner för larm och överfall, vilket motsvarar 88 %. Kontroll har genomförts genom att samtliga hälsocentraler har uppmanats att skicka in gällande rutiner. De som inte har en plan uppmanas att omgående ta fram en plan.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och rapporterad på ett tydligt sätt. Därför är vår bedömning att kontrollaktiviteten är grön.

4.2 Verksamhetsområde Service

Nedan redovisas samtliga kontroller för verksamhetsområde Service.

Tabell 4: Kontroller verksamhetsområde Service

System/rutin och Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning

Leveranssäkerhet Försörjningsflöden Logistik Skriftlig bedömning av känslighet för störning av försörjningen av rena textilier	Bedömning under Q2	KA: Mats Raneblad RA: Mats Raneblad	GUL
Driftsäkerhet Informatik Kartläggning av inom vilka teknikområden VLL är beroende av två eller färre medarbetares kompetens	Bedömning under Q2	KA: Per Öjeryd RA: Per Öjeryd	GRÖN
Säkerhet Värmeförsörjning Skriftlig bedömning av känslighet för störning av värmeförsörjningen för våra sjukhus	Bedömning under Q3	KA: Ulf Widmark RA: Ulf Widmark	GUL
HLR-larm Teknisk kontroll och bedömning av HLR-larmen på sjukhusen	Bedömning under Q3	KA: E-B Morin RA: E-B Morin	GUL

4.2.1 Leveranssäkerhet Försörjningsflöden Logistik

I underlaget framgår att känsligheten för störningar av försörjningen är ganska stor men att åtgärder vidtas löpande. En skriftlig rapport med bedömningen av känslighet har tagits fram och rapporterats till verksamhetsområdeschef. Resultatet av kontrollen är fortsatt bevakning av leveranssäkerheten genom statistik, möten och kundbesök.

Av underlaget är det otydligt hur kontrollen har genomförts som leder fram till bedömningen som görs i den skriftliga rapporten, varför vi bedömer kontrollaktiviteten som gul.

4.2.2 Driftsäkerhet Informatik

I underlaget framgår att rapport har tagits fram till verksamhetsområdeschef och innehåller löpande kartläggning inom informatikenheten genom GAP-analyser och på veckomöten där uppdrag matchas med tillgång till medarbetare/kompetenser och där nyckelpersonsberoende beaktas. Resultatet visar att det finns nyckelpersonsberoende inom teknikområden som t.ex. vård-, lab- och fastighetssystem. Till följd av kontrollen har ett antal åtgärder vidtagits, bland annat nya rutinbeskrivningar.

Då det i underlaget framgår att analyser och matchningar har genomförts på veckomöten gör vi bedömningen att kontrollaktiviteten är grön.

4.2.3 Säkerhet Värmeförsörjning

I underlaget finns en redogörelse för hur värmeförsörjningen ser ut vid sjukhusen samt att ingen störning har rapporterats. Någon bedömning av känsligheten görs inte, annat än att det konstateras att reservanläggningarna vid Nus är i osäkert skick.

Då det saknas en bedömning av känsligheten efter genomförd kontroll gör vi bedömningen att kontrollaktiviteten är gul.

4.2.4 HLR-larm

I underlaget framgår att kontroll och provtryckning har gjorts av HLR-knappar på sjukhusen. I underlaget konstateras att en uppgradering och igångsättning av HLR-knapparna i Lycksele

kommer att ske i februari/mars. Av underlaget framgår inte någon bedömning efter genomförd kontroll.

Då bedömning saknas efter genomförd kontroll gör vi bedömningen att kontrollaktiviteten är gul.

4.3 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll

4.3.1 Verksamhetsområde Primärvård

I rapporteringen av den interna kontrollen år 2013 bedöms flera av kontrollerna som röda, i huvudsak till följd av att det inte framgick av rapporteringen om stickprov genomförts, som det i internkontrollplanen angavs att det skulle göras. I 2014 års plan anges inte att några stickprov ska göras utan att uppföljning i stället genomförts bland annat genom att verksamheterna ombetts skicka in sina planer och rutiner.

Sex av de åtta kontrollerna som rapporterats in från primärvården anses vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. I viss utsträckning hade vissa av kontrollerna kunnat rapporteras mer utförligt, men detta har inte föranlett en förändrad bedömning.

Två kontroller har bedömts vara gula, det vill säga att kontroll har gjorts och rapporterats men att antingen kontrollen i sig eller rapporteringen av kontrollen inte håller tillräcklig kvalitet. I båda fallen har en fråga ställts om enkät genomförts eller om kunskap finns. Vi anser inte det vara tillräckligt för att genomföra kontrollmomenten i fråga.

Sammanfattningsvis kan dock konstateras att kontrollerna i större utsträckning än föregående år håller en godkänd kvalitet.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att kontrollen som rör risk för att vårdskadeenkäter inte genomförs inom utsatt tid har ett lägre sammanlagt riskvärde än övriga risker som lyfts in i internkontrollplanen. I riskanalysen finns ytterligare tre risker som tillskrivs samma riskvärde som risken rörande vårdskadeenkäter. Det är otydligt varför denna risk valts ut att ingå i planen medan andra risker med samma riskvärde inte ingår i internkontrollplanen.

4.3.2 Verksamhetsområde Service

I granskningen år 2013 var det i flera fall otydligt vari kontrollerna bestod inom verksamhetsområdet Service, varför tre av de fyra kontrollerna bedömdes som röda. I år har detta förbättrats.

En av de fyra kontrollerna som rapporterats bedöms vara tillräcklig för att godkännas och ges bedömningen grön. I tre av fallen saknas dock bedömning av resultatet efter genomförd kontroll samt att det i ett fall saknas beskrivning av hur kontrollen har genomförts. Detta är en brist då det i kontrollmomentet står att en bedömning ska göras.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att kontrollen som rör säkerhet i värmeförsörjningen vid sjukhusen i riskanalysen inte erhållit ett högt riskvärde. Det finns i riskanalysen andra områden som erhållit ett betydligt högre riskvärde men som inte lyfts in i internkontrollplanen. Det är således otydligt hur urvalet av risker att lyfta in i internkontrollplanen inom verksamhetsområdet Service har gjorts. Två av de övriga tre riskerna som lyfts in tillskrivs samma riskvärde som flera andra risker i riskanalysen. Även här är det otydligt varför dessa risker valts ut att ingå i internkontrollplanen medan andra valts bort.

4.3.3 Rapportering till landstingsstyrelsen

I samband med avrapporteringen av den interna kontrollen gör landstingsdirektören en analys av den. I analysen konstaterar landstingsdirektören att det har skett en förändring i rapporteringen av kontrollaktiviteter jämfört med tidigare år, men att styrelsen behöver fortsätta arbetet med att säkerställa att innehållet i kommande kontrollplaner förbättras så att avrapporteringen underlättas. En del av styrelsens kontrollaktiviteter kan tydliggöras och avgränsas i större utsträckning. Vidare konstateras att metoden för kontrollerna behöver utvecklas och beskrivas för att försäkra att kontrollen vid rapportering har genomförts på ett korrekt sätt.

Vi delar landstingsdirektörens bedömning. De genomförda kontrollerna behöver generellt beskrivas tydligare. I somliga fall tydliggörs endast att en kontroll har gjorts men en bedömning av kontrollens resultat saknas. Detta borde vara förhållandevis enkelt att förbättra till kommande års rapportering.

5 Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Bedömningen utgår från samma modell som användes för att bedöma landstingsstyrelsens interna kontroll (beskrivs i avsnitt 2.5).

5.1 Verksamhetsområde Medicin

Tabell 5: Målområde Bättre och jämlik hälsa

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Tillgänglighet – vårdgaranti och kömiljard klaras inom respektive tidsgräns	Fullständig kontroll, mätning varje månad.	KA: Lena Svensson RA: VOChef	GUL

5.1.1 Tillgänglighet

I underlaget framgår att kontroller genomförs varje månad. Resultatet presenteras i ett diagram.

Det dras ingen slutsats i underlaget och någon bedömning görs inte om uppnått resultat är bra eller dåligt, därför gör vi bedömningen att kontrollen är gul.

Tabell 6: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Samtliga, egna och gemensamma, kvalitetsindikatorer uppnås	Stickprov enligt VLL-plan, 2-4 ggr/år	KA: Fastighet RA: VOChef	GUL
Minskad tillgänglighet på grund av SBS	Stickprov, mätning 2 ggr/år	KA: Fastighet RA: VOChef	GRÖN
Samtliga berörda verksamheter har infört läkemedelsberättelse	Fullständig kontroll 2 ggr/år	KA: Respektive controller / BE RA: VOChef	GUL

5.1.2 Kvalitetsindikatorer

Av underlaget framgår att kontroller av kvalitetsindikatorerna har gjorts 3-4 ggr/år och att kontrollen görs genom ett utdrag ur datasystemet Diver. Resultatet visar att tre kvalitetsindikatorer inte har nått sitt mål under 2014.

Av underlaget framgår inte att stickprov gjorts och hur dessa i sådana fall har genomförts. Vår bedömning är att stickprov för uppföljning av samtliga kvalitetsindikatorer inte är en lämplig metod i sammanhanget. Underlaget kan dock tolkas som att samtliga indikatorer har kontrollerats. Detta är dock otydligt, varför vi bedömer kontrollen som gul.

5.1.3 Minskad tillgänglighet

Vid medicincentrum har en mätning gjorts vid två tillfällen av antal vårdtillfällen samt medelvårdtid. Resultatet visar att antalet vårdtillfällen vid första mätningen var 474 och vid den andra 459. Medelvårdtiden var 5 dygn vid båda mättillfällena. Bedömningen som gjordes av verksamhetschef var att detta inte påverkar tillgängligheten för patienterna.

Vi bedömer kontrollen som grön.

5.1.4 Införd läkemedelsberättelse

Av underlaget framgår att kontroll har gjorts två gånger under 2014, i enlighet med plan, och att resultatet varierar mellan basenheterna. Av resultatet kan inte utläsas om det är bra eller dåligt. Det är vidare otydligt vilka som är de "berörda" verksamheterna.

Till följd av otydligheter enligt ovan bedömer vi kontrollen som gul.

Tabell 7: Målområde God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Samtliga BE har läkemedelskostnader i balans	Fullständig kontroll 10 ggr/år	KA: Verksamhetschef RA: VOChef	GUL

5.1.5 Läkemedelskostnader i balans

Av underlaget framgår att kontroller av basenheternas kostnader för läkemedel har gjorts tio gånger under året, vid varje uppföljning med basenheterna. Det konstateras att det främst är inom psykiatri och reumatologi som kostnaderna inte är i balans.

Av rapporteringen framgår inte hur många eller hur stor andel av basenheterna som har läkemedelskostnader i balans varför vi bedömer kontrollen som gul.

Tabell 8: Målområde Hälsofrämjande och attraktiv arbetsplats

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Lyckade rekryteringar minskar behov av vikarier, övertid och inhyrd personal.	Stickprov 10 ggr/år	KA: Respektive HR/BE RA: VOChef	RÖD
Höga placeringar i studentuppföljningar, alla kategorier	Stickprov, enkät 1 gång/år	KA: Verksamhetschef RA: VOChef	GUL

5.1.6 Lyckade rekryteringar

Av underlaget framgår att kontroll av övertidsarbetet görs månatligen. Detta gäller även kontroll av antalet beställda och nyttjade hyrläkarveckor. Resultatet visar att övertidsarbetet ökat. Redovisat diagram rörande beställda och nyttjade hyrläkarveckor är svårtytt och någon förklaring ges inte annat än att bedömningen är att rekryteringsbehovet inte har fyllts.

Vår bedömning är att bedömningen att rekryteringsbehovet inte är fyllt inte korrelerar med kontrollaktiviteten som rör lyckade rekryteringar. Det kan vidare ifrågasättas om lyckad rekrytering kan mätas enbart genom att undersöka övertid samt beställda och nyttjade hyrläkarveckor. Vår bedömning är att kontrollen innehåller brister samt inte utförligt kontrollerar det den ska göra. Detta gör att vi bedömer kontrollen som röd.

5.1.7 Studentuppföljningar

Av underlaget framgår att enkät har skickats ut till samtliga 15 personer som genomförde AT-läkarutbildning inom VO Medicin under 2014. Av de 15 svarade åtta personer på enkäten. Resultatet visar att fem var mycket nöjda, en varken eller och två inte nöjda.

Vår bedömning är att underlaget för kontrollen är för litet. Vidare redovisas enbart huruvida studenterna varit nöjda eller inte. Rimligen bör en uppföljningsenkät utformas mer detaljerat med flera frågor för att mäta huruvida studenterna är nöjda. Härav gör vi bedömningen att det finns brister i kontrollen varför vi bedömer kontrollen som gul.

5.2 Verksamhetsområde Kirurgi

Tabell 9: Målområde Bättre och jämlik hälsa

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Vård på rätt nivå i rätt tid innebär att strykningsfrekvensen minskar vid åtgärder	Månatliga stickprov vid resultatgenom gångar	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.2.1 Minskad strykningsfrekvens

Av underlaget framgår att strykningsfrekvensen redovisas månatligen för respektive enhet i den ordinarie rapporteringen i samband med resultatdialog. Resultatet redovisas genom att det konstateras att några enheter har minskat strykningsfrekvensen under hösten.

Vår bedömning är att kontrollaktiviteten inte uttrycker vad som ska kontrolleras. Vidare finns brister i resultatredovisningen som inte anger antal eller andel enheter vilka har minskade strykningsfrekvenser. Vi bedömer därför kontrollen som gul.

Tabell 10: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att landstingets interna kläd- och hygienregler efterlevs	Stickprov. Följsamhets-mätningar 4 ggr/år enligt VLL-plan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
Att läkemedelslistan är korrekt vid	Stickprov.	KA: Verksamhetschef	

utskrivning	Följsamhets-mätningar 4 ggr/år enligt VLL-plan	RA: Verksamhetschef	GUL
Att patientdatalagens krav på journalanteckningar efterlevs	Fullständig kontroll månadsvis	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att de vårdrelaterade infektionerna minskar/förhindras	Stickprov. Följsamhets-mätningar 4 ggr/år enligt VLL-plan	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att använda WHO's checklista vid operation	Stickprov månadsvis.	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.2.2 Kläd- och hygienregler

Av underlaget framgår att kontroll via mätningar har genomförts vid fyra tillfällen under året enligt den rutin som utformats av enheten för vårdhygien. Uppföljning har gjorts genom observationer av minst 10 personer på varje enhet där patientnära arbete sker. Hygienombud utför studien utan förvarning. Redovisat resultat är att klädreglerna efterlevs till 96 % och att hygienreglerna efterlevs till 80 %. Uppmätt resultat resulterar i utökade utbildnings- och informationsinsatser.

Vi bedömer att såväl kontroll som avrapportering har skett på ett sätt så att det i underlaget går att bedöma hur kontrollen genomförts samt resultatet, därav bedömer vi kontrollen som grön.

5.2.3 Korrekt läkemedelslista

Underlaget ger vid handen att kontroller har genomförts vid fyra tillfällen under året utifrån den rutin som utformats av chefsläkare. Kontrollen har genomförts av 1-2 personer som granskar tio slumpmässigt utvalda journaler per avdelning. Resultatet visar att läkemedelslistan är korrekt till 85 %. Det konstateras dock att det vid stickprovskontrollen även ingår patienter där mätningen inte är relevant, t.ex. patienter utan läkemedel och gravida. Av underlaget framgår inte hur många av de granskade journalerna där läkemedelslista inte finns.

Vår bedömning är att underlaget är förhållandevis litet för att med säkerhet kunna utgöra en tillfredsställande kontroll. Om somliga journaler inte heller är relevanta förminskas underlaget för bedömning ytterligare. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

5.2.4 Patientdatalagens krav på journalanteckningar

I underlaget framgår att kontroll görs genom månadsvis uppföljning där uppgifter tas fram ur journalsystemet enligt VLL-rutin. Resultatet visar att 99,3 % av de signerade journalanteckningarna följer lagens krav. För signerade epikriser uppgår andelen till 96 %.

Vår bedömning är att det är otydligt i redovisningen hur kontrollen har gjorts och vilka krav patientdatalagen ställer på journalanteckningar. Det går inte att utifrån redovisningen dra slutsatsen om patientdatalagens krav efterlevs. Vi tolkar resultatet som att kontrollen har rört hur stor andel journaler och epikriser som varit signerade. Vi bedömer således kontrollen som gul.

5.2.5 Vårdrelaterade infektioner

Kontrollen utförs av utsedd läkare och sjuksköterska som gör en gemensam bedömning av riskfaktorer, vårdrelaterade infektioner och diagnosgrupp hos samtliga inneliggande patienter

kl. 08.00 på mätdagen. Resultatet visar att infektionsfrekvensen varierar mellan 6 och 12 %. Detta är en minskning sedan 2009 när mätningarna infördes.

Det saknas en bedömning av om resultatet är bra eller dåligt. Vidare anges inte hur många gånger under året mätningen har genomförts och vid vilka enheter. Härav bedömer vi kontrollen som gul.

5.2.6 WHO's checklista vid operation

Nyttjandet av checklistan följs upp månatligen via en standardiserad rapport från Diver. Resultatet visar att över 80 % nyttjat checklistan vid varje kontroll under året. Detta bedöms vara en hög andel.

Det framgår inte hur många stickprov som tagits vid varje tillfälle, vilket vi bedömer som en brist i underlaget. Härav bedömer vi kontrollen som gul.

Tabell 11: Målområde Hälsofrämjande arbetsplats

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att rekrytera och behålla personal	Stickprov vid alla resultatgenom gångar	KA: Avdelningschef/Medicinsk chef RA: Verksamhetschef	RÖD
Att minska antalet hyrläkarveckor	Fullständig kontroll vid alla resultatgenom gångar	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.2.7 Rekrytera och behålla personal

Av underlaget framgår att kontrollen mäts genom diskussion med verksamhetschefer i resultatdialoger. Resultatet visar att personalomsättningen inom verksamhetsområde kirurgi är relativt oförändrad, men det är det är stora svårigheter att rekrytera specialistläkare och sjuksköterskor. Bedömningen som görs är att personalavgångar inte har ökat i någon väsentlig grad.

Aktiviteten bedöms inte vara korrekt formulerad, utan borde istället uttryckas som "att behålla rekryterad personal". Den kontroll som genomförs bedöms inte vara relevant för att följa upp huruvida rekryterad personal stannar kvar. Vår bedömning är att rapporteringen av kontrollen inte beskriver om någon särskild kontrollaktivitet har genomförts. Därför bedömer vi kontrollen som röd.

5.2.8 Minska antalet hyrläkarveckor

Av underlaget framgår att antalet beställda och nyttjade hyrläkarveckor följs upp månatligen genom rapporter från bemanningsbyrån samt genom diskussion med verksamhetschefer under resultatdialoger. Resultatet presenteras i diagram med en stapel per månad.

Då det saknas en analys av resultatet bedömer vi kontrollen som gul.

Tabell 12: Målområde God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Verksamheterna klarar att hålla sin budget i balans	Fullständig kontroll vid alla	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN

	resultatgenom gångar		

5.2.9 Hålla budget i balans

Av underlaget framgår att avstämning sker månadsvis i samband med resultatdialoger mellan verksamhetsområdeschef och verksamhetschef med bistånd av controllers. Resultatet visar att efter november månad är det endast 2 av 16 basenheter som klarar en budget i balans.

Vår bedömning är att kontrollen och rapporteringen är tillräcklig varför vi bedömer kontrollen som grön.

Tabell 13: Målområde Medborgarinflytande

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Verksamheterna deltar vid föreläsningar för allmänheten	Stickprov med sjukhus-samordnarna 1 gg/år.	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL

5.2.10 Föreläsningar för allmänheten

Av underlaget framgår att kontroll har genomförts en gång i december genom ett mailutskick till sjukhussamordnare där de ombads svara på vilka verksamheter inom verksamhetsområde kirurgi som under året deltagit vid föreläsningar för allmänheten. Av resultatet framgår att verksamheter har deltagit inom ett antal områden.

Det görs ingen analys av det rapporterade resultatet och någon bedömning görs inte om resultatet är bra eller dåligt. Härav gör vi bedömningen att kontrollen är gul.

5.3 Verksamhetsområde Regionvård

Tabell 14: Målområde Bättre och jämlik hälsa

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Att säkerställa att risk för onödiga inskrivningar till AHS på grund av otrygg situation i kommunal hälso- och sjukvård minimeras.	Stickprov vid remissbedömning och inskrivning	KA: Sjuksköterska PKT RA: Verksamhetschef	GUL

5.3.1 Risk för att onödiga inskrivningar minimeras

Av underlaget framgår att kontroll görs vid varje remissbedömning och inskrivning av rådgivningssjuksköterska och läkare, sammanlagt 630 remisser under 2014. Det konstateras att antalet patienter som är inskrivna men som skulle kunna gå till kommunal hälso- och sjukvård har minskat under året.

I och med att det saknas redovisning av det totala resultatet bedömer vi kontrollen som gul.

Tabell 15: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Att de nationella rekommendationerna för att	Stickprov, följsamhets-	KA: Patientsäkerhetsteam RA: Verksamhetschef	GUL

minska/förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) efterlevs.	mätningar 4 ggr/år enligt VLL-rutin		
Att läkemedelslistan är korrekt vid utskrivning och att läkemedelsberättelse finns	Stickprov kontinuerligt enligt VLL-rutin	KA: Paraplygruppen RA: Verksamhetschef	GRÖN
Att säkerställa vårdplatstillgång på enheter som minskat vårdplatser, kardiologen, NKK, Cancercentrum	Fullständig kontroll av beläggnings-siffror månatligen	KA: Bitr verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN
Kontinuerlig uppföljning av väntelistor	Stickprov av väntelistor varje vecka	KA: Samordnare RA: Verksamhetschef	GUL
Att journalanteckningar signeras och epikriser diagnosregistreras inom överenskommen tid	Fullständig kontroll månadsvis	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Att förbättra tillgängligheten för MR och DT på grund av ökad efterfrågan	Stickprov varje månad	KA: AC/BVC RA: Verksamhetschef	GRÖN
Att utrustning som avger joniserande strålning kontrollmäts årligen. Kontinuerlig kontroll och optimering av metoder och utrustning.	Fullständig kontroll. Månatliga uppföljningar av utfall.	KA: Verksamhetschef CMTS RA: Verksamhetschef	GUL

5.3.2 Nationella rekommendationer för att minska vårdrelaterade infektioner

Av underlaget framgår att kontrollen har genomförts fyra gånger under året enligt rutin utformad av enheten för vårdhygien. Kontrollen utgörs av kontroll av följsamhet till hygien- och klädrutiner genom att observationer görs av minst 10 personer på varje enhet där patientnära arbete sker. Personalen känner inte till när kontrollen genomförs.

En andra del av kontrollen består av uppföljning av antalet vårdrelaterade infektioner. Detta görs genom att en bedömning görs av riskfaktorer, typ av vårdrelaterad infektion samt diagnosgrupp. Alla inneliggande patienter kl 08.00 på mätdagen registreras.

Resultatet visar att förbättring av vårdrelaterade infektioner har skett. Hygienrutinerna efterlevs till 83 % och klädreglerna efterlevs till 94 %.

Det finns brister i rapporteringen av vårdrelaterade infektioner. Det konstateras endast att en förbättring har skett, men resultatet redovisas inte. Härav bedömer vi kontrollen som gul.

5.3.3 Korrekt läkemedelslista vid utskrivning och läkemedelsberättelse finns

Kontroll har genomförts via mätningar fyra gånger under året utifrån den rutin som utformats av chefläkare. 1-2 personer har utsetts som granskar tio slumpmässigt utvalda journaler per avdelning. Resultatet visar att läkemedelslistorna är korrekta till 75 % och att dokumentation under läkemedelsberättelse finns till 54 %. Till följd av detta har en ny tilläggsrutin införts.

Vår bedömning är att kontrollen mäter det den ska göra i enlighet med planen samt att resultatet är presenterat så det är möjligt att bedöma resultatet. Härav bedömer vi kontrollen som grön.

5.3.4 Säkerställande av vårdplatstillgång

Av underlaget framgår att vårdplatsbeläggningen följs dagligen i systemet PLUTO, samt sammanställs månatligen i Diver. Snittbeläggningen redovisas för kardiologen, NKK och Cancercentrum. Bedömningen av resultatet är att de vårdplatsreduktioner som beslutats om tidigare har varit hanterbara.

Vår bedömning är att kontrollen mäter det den ska göra samt att resultatet är tydligt och bedömning görs, varför vi bedömer kontrollen som grön.

5.3.5 Uppföljning av väntelistor

I underlaget konstateras att istället för stickprov varje vecka ser klinikerna regelbundet över sina väntelistor så att inte remisser, som är av äldre datum och ej prioriterade, får för lång väntetid. Det konstateras att det vid genomgångar oftast upptäcks någon remiss som är felregistrerad och som åtgärdas men att det generellt råder god kvalitet och att väntetiderna är hanterbara. 58 % av läkarbesöken klaras inom 30 dagar.

Stickprov av väntelistor genomförs enligt rapporteringen inte varje vecka, som det fastslås i planen ska göras. I stället ses väntelistorna över regelbundet. Det anges inte i rapporteringen hur ofta detta sker. I och med att kontrollen inte genomförs i enlighet med plan bedömer vi kontrollen som gul.

5.3.6 Signerade journalanteckningar och diagnosregistrerade epikriser

I underlaget fastslås att fullständig kontroll görs månatligen. Resultatet visar att 99,5% av journalanteckningarna signeras och 98,5% av epikriserna registeraras inom 14 dagar. Det konstateras att det fortfarande finns arbete att göra för att förbättra detta ytterligare.

Det är otydligt om samtliga journalanteckningar ska signeras inom 14 dagar samt om samtliga epikriser ska diagnosregistreras inom 14 dagar, som är det mått som kontrollen mäts utifrån. Enligt kontrollen ska det mätas om det sker inom utsatt tid. Vår bedömning är att detta är otydligt enligt rapporteringenom, varför vi bedömer kontrollen som gul.

5.3.7 Förbättrad tillgänglighet för MR och DT

I rapporteringen konstateras att tillgängligheten för MR och DT följs upp månatligen genom en fullständig kontroll. I rapporteringen kan resultatet utläsas månatligen. Bedömningen är att tillgängligheten successivt har förbättrats.

Kontrollen mäter det den ska och rapporteringen är tydlig och det går att utläsa hur förändringen har skett månatligen, varför vi bedömer kontrollen som grön.

5.3.8 Kontroll av joniserande utrustning

Av rapporteringen framgår att fullständig kontroll har genomförts månatligen genom uppföljning och åtgärder av avvikelser. Vidare har även teknikronder genomförts enligt schema. Av rapporteringen framgår att de kontrollaktiviteter som genomförs är tillräckliga.

Det saknas en tydlig rapportering av resultatet av kontrollmätningen som genomförts, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Tabell 16: Målområde God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Att verksamheterna klarar att hålla sin budget i balans och följa åtgärdsplanen.	Fullständig kontroll. Månatliga uppföljningar av utfall.	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GUL
Löpande följa behovet av nyrekrytering i förhållande till pensionsavgångar, annat avslut samt ökad/minskad/förändrad verksamhet.	Stickprov i samband med resultatuppföljning.	KA: Verksamhetschef RA: Verksamhetschef	GRÖN

5.3.9 Budget i balans

Av rapporteringen framgår att uppföljning av budget och åtgärdsplaner sker vid resultatuppföljning med basenheterna, vilket är 10 ggr/år. Av resultatet framgår att endast två av tio basenheter har balans mellan budget och utfall. Åtgärdsplanen följs upp och klaras till 70 % för verksamhetsområdet. Analys görs och några problemområden lyfts fram.

Det anges i kontrollen att uppföljningar ska göras månatligen. Enligt rapporteringen sker det 10 gånger per år, vilket inte ligger i linje med vad som anges i kontrollaktiviteten. Härav bedömer vi kontrollen som gul.

5.3.10 Följa behovet av nyrekrytering

I underlaget konstateras att mätning har skett månatligen. Av resultatet framgår att under perioden januari till november har 135 avgångar och 127 nyanställningar skett, vilket ger en nyanställningskvot på 0,94. Bedömningen är att nyrekryteringarna är för få i förhållande till avgångarna.

Kontrollen mäter det den ska och det går att utläsa ett resultat från rapporteringen varför vi bedömer kontrollen som grön.

5.4 Verksamhetsområde Tandvård

Tabell 17: Målområde God vård

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Narkosbehandling utförd på vuxna. Följsamhet till vårdgaranti – vård inom 90 dagar.	Fullständig kontroll vid Diver – 4ggr/år	KA: Enhetschefer på Skellefteå las, Lycksele las samt Sjukhustandvården Umeå. RA: Tandvårdsstrateg VO Tandvård	GRÖN
Följsamhet till VLL Hygienregler.	Stickprov. Följsamhets-mätningar 4ggr/år enligt VLL-rutin.	KA: Avdelningschefer /Enhetschefer RA: Tandvårdsstrateg VO Tandvård.	GRÖN

5.4.1 Narkosbehandling

Av rapporteringen framgår att tillgänglighetsuppgifter kontrolleras och rapporteras av varje basenhet varje månad. Redovisat resultat är att vårdgarantin endast nås till 20 % då det rör

narkosbehandlingar. Analysen som görs är att de narkostider och narkosresurser som tilldelats tandvården inte är tillräckliga.

Kontrollen mäter det den ska och resultatet framgår av rapporteringen, varför vår bedömning är att kontrollen är grön.

5.4.2 Följsamhet till VLL Hygienregler

Kontroll har enligt underlaget genomförts fyra gånger under året. Cirka 60 % av enheterna har genomfört kontroller under 2014. Resultatet är att följsamheten är 55 % men att trenden är positiv. Det låga resultatet anges i huvudsak bero på brister i följsamhet till riktlinjer för användandet av skyddsförkläden.

Kontrollen är genomförd och mäter det den ska. Av rapporteringen går det att utläsa ett resultat, varför vi bedömer kontrollen som grön.

Tabell 18: Målområde Attraktiv arbetsgivare / God vård / God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Sjukfrånvaro – Uppföljning av total sjukfrånvaro samt korttidsfrånvaro (mindre än sju dagar)	Fullständig kontroll, Via Personec – varje kvartal Sjukfrånvaro som andel av närvarotid	KA: HR strateg/controller. RA: HR strateg VO Tandvård.	GUL

5.4.3 Sjukfrånvaro

I underlaget fastslås att fullständig kontroll görs varje kvartal där sjukfrånvaro mäts som andel av närvarotid. Det konstateras att sjukfrånvaron har ökat något, och att det ligger i linje med landstinget i övrigt samt nationellt. Riktade insatser kommer att genomföras under 2015.

Något resultat redovisas inte annat än att sjukfrånvaron har ökat. Detta ser vi som en brist varför vi bedömer kontrollen som gul.

Tabell 19: Målområde God vård / God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Oral diagnostisk radiologi – om det landstingsfinansierade uppdraget kan utföras inom tilldelat budgetutrymme	Fullständig kontroll via Diver – varje månad Insatta resurstimmar/ budgeterade resurstimmar Inkomna remisser	KA: Verksamhetschef ODR/Protetik RA: Ekonomistrateg VO tandvård	RÖD

5.4.4 Oral diagnostisk radiologi

Av underlaget framgår att regelbunden uppföljning sker månatligen genom utdrag ur Diver. Uppföljning görs via debiterad vård och inte utifrån insatta resurstimmar. Resultatet visar att budgeterat utrymme inte ger kostnadstäckning för den vård som bedrivs, vilket ger resultatet att uppdraget idag inte kan genomföras inom budgeterat utrymme.

I och med att det konstateras att det inte går att följa upp antalet insatta resurstimmar, som det i kontrollen fastslås ska göras, bedömer vi kontrollen som röd.

Tabell 20: Målområde God vård / God hushållning

Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapportering-sansvarig (RA)	Vår bedömning
Pedodonti – Om uppdraget kan utföras inom tilldelat budgetutrymme	Fullständig kontroll Via Diver – varje månad Insatta resurstimmar/ budgeterade resurstimmar Kostnad för behandling utförd på annan avdelning/budgeterat utrymme Inkomna barnremisser/specialitet	KA: Verksamhetschef RA: Ekonomistrateg VO tandvård	RÖD

5.4.5 Pedodonti

Av underlaget framgår att regelbunden uppföljning sker månatligen genom utdrag ur Diver. Uppföljning görs via debiterad vård och inte utifrån insatta resurstimmar. Bedömningen är att uppdraget inte kan utföras inom budgeterat utrymme.

I och med att det konstateras att det inte går att följa upp antalet insatta resurstimmar, som det i kontrollen fastslås ska göras, bedömer vi kontrollen som röd.

5.5 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för 2014 har genomförts och återkopplats till nämnden. Rapporterna har varierande kvalitet.

5.5.1 Verksamhetsområde Medicin

Av de sju kontrollerna inom verksamhetsområde Medicin bedöms en hålla tillräcklig nivå för att godkännas. Fem av de sju kontrollerna har brister och en av dem bedöms inte ha rapporterats. Bland de kontroller som bedöms ha brister saknas antingen en bedömning av resultatet eller så finns otydligheter i resultatrapporteringen som försvårar möjligheten att bedöma resultatets kvalitet samt omöjliggör bedömning av om kontrollen har lett fram till någon användbar information.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att samtliga risker från riskanalysen har lyfts in i kontrollplanen. I riskanalysen har riskerna erhållit riskvärden mellan 3 och 25.

5.5.2 Verksamhetsområde Kirurgi

Två av de tio kontrollerna för verksamhetsområde kirurgi bedöms vara av tillräcklig kvalitet för att godkännas. I ett av fallen bedöms den kontroll som genomförs inte vara relevant för att följa upp kontrollen, som handlar om huruvida rekryterad personal stannar kvar hos arbetsgivaren. Kontrollen mäter personalomsättningen, vilket vi bedömer inte ger ett rättvisande mått på om rekryterad personal stannar kvar. En utökad kontrollaktivitet är nödvändig för att kunna genomföra kontrollen och erhålla användbar information.

Sju kontroller bedöms ha brister. Bristerna består bland annat i att kontrollen inte uttrycker vad som ska kontrolleras, att underlaget för kontroll är för litet för att kunna göra en relevant bedömning, att underlaget inte tydligt nog beskriver hur kontrollen har genomförts och vilka krav lagstiftningen ställer eller att det inte redovisas hur många stickprov som tagits vid kontrollernas genomförande.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att samtliga risker från riskanalysen har lyfts in i kontrollplanen. I riskanalysen har riskerna erhållit riskvärden mellan 3 och 15.

5.5.3 Verksamhetsområde Regionvård

Fyra av de totalt tio kontrollerna inom verksamhetsområde regionvård bedöms hålla tillräcklig nivå. Övriga sex kontroller bedöms ha brister. Bristerna består huvudsakligen av otydlig redovisning av resultat, vilket leder till att det inte går att dra några slutsatser utifrån resultatet. En annan brist som konstateras är att kontrollerna inte sker i enlighet med vad som fastslagits i internkontrollplanen.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att samtliga risker från riskanalysen har lyfts in i kontrollplanen. I riskanalysen har riskerna erhållit riskvärden mellan 6 och 15.

5.5.4 Verksamhetsområde Tandvård

Av de fem kontrollerna inom verksamhetsområdet bedöms två hålla tillräcklig nivå. Två av kontrollerna bedöms inte vara genomförda, då det konstateras att det inte är möjligt att följa upp antalet insatta resurstimmar, något som i internkontrollplanen konstateras ska göras. En av kontrollerna bedöms ha brister. Bristen består i att det inte på ett tydligt sätt görs någon redovisning av uppmätt sjukfrånvaro annat än att det konstateras att den ökat. Intressant hade varit att följa sjukfrånvarons utveckling mellan kontrolltillfällena.

Vid avstämning mot riskanalysen kan konstateras att av de åtta riskerna från riskanalysen har de fem risker som erhållit högst riskvärde lyfts in i kontrollplanen. De risker som lyfts in har samtliga erhållit riskvärde 15, medan övriga tre risker från riskanalysen har ett riskvärde mellan 3 och 9.

5.5.5 Hälso- och sjukvårdsnämndens bedömning av den interna kontrollen

I samband med rapporteringen av de genomförda kontrollerna konstateras att det är svårt att för vissa av kontrollaktiviteterna bedöma omfattningen av kontrollerna samt med vilken kvalitet de har genomförts. Det fastslås också att det för somliga av de genomförda aktiviteterna är svårt att analysera om resultatet är tillfredsställande eller om ytterligare aktiviteter behöver vidtas för att stärka verksamheten.

Vi delar den övergripande bedömningen. Det bör för nämnden vara förhållandevis enkelt att tydligare redovisa genomförd kontroll samt genomföra en analys av uppmätt resultat. Görs

detta kommer den genomförda interna kontrollen kunna vara till större nytta i det fortsatta arbetet med att utveckla verksamheten samt förstärka den interna kontrollen.

6 Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Bedömningen utgår från samma modell som användes för att bedöma landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll (beskrivs i avsnitt 2.5).

I nämndens internkontrollplan görs ingen definiering av kontrollaktiviteterna utifrån vilket målområde de tillhör. Istället har det förtydligats till vilket system eller vilken rutin kontrollen hör. I tabellen nedan sorteras således inte kontrollerna efter målområde. Samtliga kontrollaktiviteter som fastslagits ska genomföras i nämndens internkontrollplan redovisas nedan.

Tabell 21: Granskningsaktiviteter nämnden för funktionshinder och habilitering

System / Rutin	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig (KA) och Rapporteringsansvarig (RA)	Vår bedömning
Representation	Att representation uppfyller kraven på uppgifter om deltagare och syfte	Fullständig kontroll	KA: Controller, löne- och faktureringsbyrå RA: respektive V-chef samt utredare vid ps-stab	RÖD
Medv vid kurser och konferenser	Att syfte, kursprogram samt deltagare anges vid medv i kurser och konferenser	Fullständig kontroll	KA: Utses av resp V-chef och person vid ps-stab RA: respektive V-chef samt utredare vid ps-stab	RÖD
När tjänst upphör	Att personal som slutar sin tjänst fått sin attestbehörighet avförd från attestregistret	Fullständig kontroll	KA: Controller, löne- och faktureringsbyrå RA: VO-chef medicin samt respektive V-chef	RÖD
Organisationsbidrag till fh-org	Att ansökningar om organisationsbidrag är korrekt och utbetalas enligt reglemente	Stickprov av utbetalningar och ansöknings handlingar	KA: Utredare vid ps-stab RA: Utredare vid ps-stab	RÖD
Avvikelserapportering	Att avvikelser rapporteras, följs upp och avslutas	Stickprov	KA: Utses av respektive V-chef RA: Respektive V-chef	RÖD
Beslut om LSS	Att beslut om LSS följs upp	Fullständig kontroll	KA: Utses av V-chef Hab C RA: Chef Hab C	RÖD
Lokaler och arbetsmiljö	Att arbetsmiljön i verksamheterna är god, lokaler är funktionella och ändamålsenliga	Kontinuerlig uppföljning enl arbetsmiljö-plan	KA: Respektive V-chef RA: VO-chef medicin	RÖD
Kompetensbehov	Att kompetensförsörjningen är god	Bevaka och följa upp behov	KA: Respektive V-chef RA: Respektive V-chef	RÖD

Hjälpmedel	Att uppföljning sker av alla hjälpmedel som förskrivs utanför avtal	Fullständig kontroll	KA: Utses av V-chef för Hjälpmedel AC RA: V-chef Hjälpmedel AC	RÖD
Hjälpmedelsavtal med kommuner	Att avtal med länets kommuner för hjälpmedelsupphandling och support efterlevs	Fullständig kontroll	KA: Utses av V-chef för Hjälpmedel AC RA: V-chef Hjälpmedel AC	RÖD
Tolkverksamhet	Att hälso- och sjukvården får kontinuerlig information om möjlighet att kostnadsfritt beställa tolk för döva/hörselskadade	Stickprov	KA: Utses av V-chef Tolk C RA: V-chef Tolk C	RÖD

6.1 Representation

Av underlaget framgår att någon fullständig kontroll inte har genomförts. Ett förändrat ekonomisystem uppges vara grunden till att kontrollmöjligheten har försvårats. Enligt rapporteringen är dock reglerna om representation kända av administratörer och chefer. Hur den kontrollen har genomförts redovisas inte.

Då omfattande brister i kontrollen föreligger bedömer vi kontrollen som röd.

6.2 Medverkan vid kurser och konferenser

Av rapporteringen framgår att ingen fullständig kontroll har genomförts varför vi bedömer kontrollen som röd.

6.3 När tjänst upphör

Av underlaget framgår att det vid Hab C tagits stickprov där resultatet är att beslutade attesträttigheter överensstämmer med registrerade attesträttigheter i det administrativa systemet Personec.

Någon fullständig kontroll inom nämndens samtliga ansvarsområden förefaller inte ha genomförts varför vi bedömer kontrollen som röd.

6.4 Organisationsbidrag

Av underlaget framgår att utbetalningar av organisationsbidrag och merkostnadsbidrag för 2014 har skett i enlighet med regler för fördelning av organisationsbidrag.

Av underlaget framgår inte hur kontrollen har genomförts. Det framgår inte att stickprov tagits eller när och hur många stickprov som tagits. Det går således inte att bedöma kontrollens relevans samt tillvägagångssätt, varför vi bedömer kontrollen som röd.

6.5 Avvikelserapportering

I underlaget konstateras att avvikelserapportering sker enligt rutiner.

Det saknas ytterligare information om stickprov har tagits, samt om hur kontrollen har genomförts samt vilket resultatet är. Härav bedömer vi kontrollen som röd.

6.6 Beslut om LSS

Det konstateras att varje ärende följs upp i samband med uppföljning av IP.

Det saknas redovisning för om kontroll har genomförts samt vilket resultatet av den eventuella kontrollen är. Vi bedömer således kontrollen som röd.

6.7 Lokaler och arbetsmiljö

Av rapporteringen framgår att uppföljning görs genom det systematiska arbetsmiljöarbetet som finns beskrivet i arbetsmiljöplanen.

Det anges inte om kontroller har genomförts och vad ett eventuellt kontrollresultat visar. Vi bedömer således kontrollen som röd.

6.8 Kompetensbehov

Det framgår av rapporteringen att det vid medarbetarsamtal ingår frågor om kompetensbehov.

Det framgår inte av rapporteringen om någon kontroll har genomförts och vad resultatet från en eventuell kontroll är. Vi bedömer kontrollen som röd.

6.9 Hjälpmedel

I underlaget redovisas rutinen för hur hjälpmedel ska beställas.

I underlaget redovisas inte om kontroll har gjorts enligt plan. Vi bedömer kontrollen som röd.

6.10 Hjälpmedelsavtal med kommuner

Av underlaget framgår att samrådsforum finns där frågor om avtal, verksamhet, sortiment med mera lyfts.

Av underlaget framgår inte om någon kontroll har genomförts och inte vad ett eventuellt kontrollresultat visar. Vi bedömer således kontrollen som röd.

6.11 Tolkverksamhet

I underlaget konstateras att kontinuerlig information ges i samband med tolkbeställningar och tolkuppdrag. Vidare anges att det finns en arbetsgrupp för punktinsatser.

Det framgår inte av rapporteringen om någon kontroll har genomförts för att säkerställa att hälso- och sjukvården erhåller kontinuerlig information. Det presenteras inte något resultat från någon genomförd stickprovsundersökning. Härav bedömer vi kontrollen som röd.

6.12 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Nämnden för funktionshinder och habiliterings internkontrollplan för 2014 har genomförts och återkopplats till nämnden. Rapporteringen är genomgående undermålig.

Inte i något fall redovisas att kontroll har genomförts i enlighet med internkontrollplanen. Det som redovisas är de gällande rutiner som finns inom området i fråga. I två av fallen konstateras att kontroll inte har genomförts. Vår bedömning är dock att detta är

genomgående för samtliga kontrollaktiviteter. Inte i något fall redovisas resultat från genomförd kontroll. Inte i något fall föreslås fortsatta åtgärder efter genomförd kontroll.

Vidare har inte framtagandet av nämndens internkontrollplan föregåtts av någon riskvärdering eller riskanalys, vilket är en väsentlig brist.

7 Avslutande bedömning

7.1 Svar på revisionsfrågorna

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

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

Vid staben för planering och styrning finns en strateg som sedan sommaren 2014 tagit över ansvaret för processen med att samla in och sammanställa rapporteringen av intern kontroll för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. För nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar en annan tjänsteman vid staben för rapportering.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?

Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har i samband med att beslut fattades om kontrollplan för år 2014 också delgivits riskbedömning och riskanalys.

Nämnden för funktionshinder och habilitering har inte i samband med framtagande av internkontrollplan dokumenterat genomförda riskbedömningar och riskanalys.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om internkontrollplaner för år 2014?

Ja.

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

I samtliga planer är det tydligt vilka områden som nämnden vill kontrollera genom de olika kontrollaktiviteterna. Det framgår också vem som är ansvarig för att kontrollen genomförs samt vem som har rapporteringsansvar. Det är dock inte i samtliga fall tydligt när uppföljningen ska göras. I vissa fall anges endast att stickprov ska göras eller att uppföljning ska göras vid behov. Planerna för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden skulle tjäna på att tydligare visa hur kontrollerna kan kopplas till en plan eller policy. Här föregår nämnden för funktionshinder och habilitering med gott exempel. Den planen sakar dock tydlig koppling till landstingets övergripande målområden.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?

Nej, för samtliga granskade nämnder är vår bedömning att redovisningen av ett antal kontroller håller så pass låg kvalitet att det inte går att säga att de har gjorts i enlighet med planerna. För nämnden för funktionshinder och habilitering bedöms redovisningen i samtliga fall hålla för låg kvalitet.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnderna av genomförda kontroller?

Nej. Vår bedömning är att återrapporteringen inte är tillräckligt utförlig för att styrelsen och nämnderna ska kunna göra en ordentlig bedömning av den interna kontrollen inom det egna verksamhetsområdet. Dock kan vi konstatera att vissa förbättringar har skett jämfört med föregående år inom såväl landstingsstyrelsens som hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområden. I många fall är dock rapporteringen av de genomförda kontrollerna av för låg kvalitet och i många andra fall förefaller inte några kontroller ha genomförts. Detta gäller i huvudsak inom nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?

Vid avrapporteringen av landstingsstyrelsens interna kontroll har styrelsen givit landstingsdirektören i uppdrag att lämna förslag på vidare åtgärder för att minska eventuella störningar i värme- och kylförsörjningen till sjukhusen. Utöver detta ges landstingsdirektören i uppdrag att stödja hälsocentralerna i utvecklingen av egna kris- och beredskapsplaner. Det är en identifierad brist som framkommit vid den interna kontrollen att detta inte finns i samtliga fall. Övriga åtgärder, som dock inte särskilt beslutas, rör upprättande av rutiner av olika slag i de verksamheter där det saknas samt uppmaningar att söka kunskap inom särskilda områden.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade inga specifika beslut om åtgärder vid redovisning av deras interna kontroll i februari 2015. De åtgärder som beslutades rör periodicitet för rapportering av den interna kontrollen. Övriga åtgärder som vid avrapporteringen konstateras är utökade utbildnings- och informationsinsatser för landstingets kläd- och hygienregler, ökat antal rekryteringsfrämjande åtgärder, riktade uppdrag till berörda verksamhetschefer att verka för ökad dagvård, ökad poliklinisering, kortare vårdtider och utökat samarbete med kommunen, utökat antal narkostider samt omfördelning av patienter mellan enheterna inom tandvården, mer regelbundna uppföljningar inom tandvården samt nya remissriktlinjer och ökad andel konsultationsremisser inom tandvården. Dessa åtgärder och uppdrag har dock ej enligt protokoll särskilt beslutats av nämnden.

Nämnden för funktionshinder och habilitering har inte vid avrapporteringen av den interna kontrollen fattat några beslut om särskilda åtgärder med anledning av resultat från den interna kontrollen.

I samband med avrapporteringen av den interna kontrollen i respektive nämnd lämnade landstingsdirektören en särskild analys av årets arbete med intern kontroll. Här konstateras att systemet för intern kontroll har utvecklats positivt sedan föregående år. Utveckling har skett avseende rapportering av kontroller samt resultatet av kontrollerna. Det konstateras att det finns utvecklingsmöjligheter och behov av förtydliganden i kontrollplanernas innehåll för att ge förutsättningar för mer ändamålsenlig avrapportering. Det konstateras att det är fortsatt svårt att vid avrapportering kunna bedöma omfattning och kvalitet av genomförda aktiviteter. Vi delar landstingsdirektörens bedömning och konstaterar i likhet med föregående års granskning att det i anslutning till landstingsdirektörens analys och slutsats bör framgå vilka kontroller där metoden utgör ett problem och där rapporteringen upplevs vara otydlig.

7.2 Sammanfattande bedömning

Syftet i denna revisionsrapport är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges

reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering.

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

- Det finns beslut om den interna organisationen för intern kontroll för såväl nämnder som styrelse
- Det finns aktuella riskanalyser för två av tre granskade nämnder/styrelser
- Nämnderna och styrelsen har beslutat om interna kontrollplaner
- Avrapportering av genomförd internkontroll har skett till respektive nämnd

Den avgörande brist som framkommit i denna granskning och som gäller såväl styrelsen som nämnderna är att en stor del av kontrollerna som återrapporteras fortsatt håller låg kvalitet. Det handlar om såväl problem med metodik som bristfällig redovisning av resultat. Trots att förbättringar har skett inom såväl landstingsstyrelsens som hälso- och sjukvårdsnämnden är bilden som träder fram fortsatt 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 granskade nämnder tydliggör sina anvisningar för den interna kontrollen. I tydliggörandet bör ingå en beskrivning av vad en särskild kontroll innebär, har för syfte samt förslag på metoder, hur mycket information som ska rapporteras och hur resultat bör värderas och hanteras.

En ytterligare brist som framkommit i granskningen är avsaknaden av riskanalys för nämnden för funktionshinder och habilitering. En riskanalys ska göras och ligga till grund för valet av kontrollaktiviteter som lyfts in i den årliga planen för intern kontroll.

Vår rekommendation är att nämnden för funktionshinder och habilitering genomför en årlig riskanalys i sin verksamhet.

Umeå den 25 maj 2015

Anders More Gunnar Uhlin

8 Källförteckning

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

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

Tillämpningsanvisningar, 2009-06-02, VLL 846-2009

Anvisningar intern kontroll 2014, ekonomistaben

Systembeskrivning intern styrning och kontroll, 2013-11-12

Analys av 2014 års arbete med intern kontroll

Tillämpningsanvisningar för intern kontroll inom landstingsstyrelsens ansvarsområde, beslutade 2012-12-11

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

Riskanalyser 2014 – Landstingsstyrelsen, 2014-03-26, VLL 460-2014, (bilaga till internkontrollplan)

Kontrollplan 2014 – Landstingsstyrelsen, 2014-03-26, VLL 460-2014

Landstingsstyrelsens rapportering av intern kontroll 2014, 2015-04-07, VLL 653-2015

Tillämpningsanvisningar för intern kontroll inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde, beslutade 2012-12-11

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

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

Riskanalyser 2014 – Hälso- och sjukvårdsnämnd, 2014-02-25, VLL 335-2014 (bilaga till internkontrollplan)

Kontrollplan 2014 – Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2014-02-25, VLL 335-2014

Hälso- och sjukvårdsnämndens rapportering av intern kontroll 2014, 2015-02-24, VLL 357-2015

Organisering av den interna kontrollen inom Nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde, nämnden för funktionshinder och habilitering, 2013-12-16, VLL 2045-2013

Kontrollplan 2014 – Nämnden för funktionshinder och habilitering, 2013-12-16, VLL 2044-2013

Årsredovisning 2014 inklusive redovisning av den interna kontrollen för nämndens ansvarsområde, 2015-02-24, VLL 2080-2014