MISSIV

2018-12-20

REV 33:3-2018

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Uppföljande granskning av landstingets ledningssystem

Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte haft en tillräcklig styrning och uppföljning över arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget. Varken styrelsen eller nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att ledningssystemet utvecklas och används.

Granskningen visar att det ännu saknas en stor andel styrdokument i ledningssystemet (LITA). Det finns även osäkerheter kring dokumentens giltighet till följd av otydligheter i reglering om vem som får besluta om landstingsövergripande regler, rutiner m.m. Vår slutsats är att LITA inte utgör ett tillräckligt stöd i styrningen och uppföljningen av verksamheterna.

Vi vill uppmärksamma landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden om att arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget har pågått i cirka 10 år. Granskningar vi genomfört under denna period har visat på en rad brister i styrelsens och nämndens kontroll över detta arbete. Vid flera tillfällen under perioden har arbetet med att utveckla ledningssystemet stannat upp. Avsaknad av ledarskap, kunskap om vad ett ledningssystem är och otillräckliga prioriteringar har bidragit till att arbetet med ledningssystemet försvårats. Av denna uppföljande granskning framgår att problemen med ledningssystemet i huvudsak kvarstår. Med anledning av våra iakttagelser i denna granskning och de iakttagelser vi gjort de senaste 10 åren lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Utred vad som behövs för att få ett ledningssystem som utgör ett tillräckligt stöd för styrning, uppföljning och kontroll.
- Besluta om nödvändiga åtgärder för att utveckla ledningssystemet.
- Säkerställ att det finns en tillräcklig organisation för utveckling, uppföljning och kontroll av ledningssystemet.
- Säkerställ att det finns tydliga regler om vilka som har befogenheter att besluta om landstingsövergripande styrdokument.
- Säkerställ att ni håller er informerade om arbetet med att ta fram ledningssystemet. Ställ krav på återrapportering. Besluta om nödvändiga åtgärder i händelse av att uppföljningen visar på avvikelser eller andra brister.

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

Vid revisorernas överläggning den 20 december 2018 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 6/2018) lämnar revisorerna för yttrande till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 4 april 2019.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Uppföljande granskning av landstingets ledningssystem 2018

Rapport nr 6/2018

Västerbottens läns landsting

December 2018

Eva Röste Moe och Malin Hedlund, revisionskontoret

Diarienummer: REV 33:2-2018

Innehåll

1. SAMMANFATTANDE ANALYS ... 3

1.1. REKOMMENDATIONER ... 3

2. BAKGRUND ... 5

2.1. REVISIONSFRÅGOR ... 5
2.2. AVGRÄNSNING ... 6
2.3. REVISIONSKRITERIER ... 6
2.4. METOD ... 6

3. TILLBAKABLICK OCH UPPFÖLJNING AV TIDIGARE GRANSKNING ... 6

3.1. TILLBAKABLICK AV ARBETET MED ATT INFÖRA LEDNINGSSYSTEM ... 6
3.2. TJÄNSTEMANNAUTREDNING OM KVALITETSLEDNING I REGIONEN ... 8
3.3. ÅTGÄRDER SEDAN TIDIGARE GRANSKNING ... 9
3.3.1. Uppföljning av landstingsstyrelsens svar i yttrandet ... 9
3.3.2. Förvaltningen av ledningssystemet ... 11
3.3.3. Vår sammanfattande kommentar om vidtagna åtgärder ... 12

4. LEDNINGSSYSTEMET LITA ... 12

4.1. KONTROLL AV STYRDOKUMENT I LITA ... 13
4.1.1. Finns dokumenten i LITA? ... 13
4.1.2. Är dokumenten i LITA reviderade enligt uppföljningsdatum? ... 14
4.1.3. Har dokumenten beslutats av behöriga personer? ... 15

5. SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA ... 16

5.1. REKOMMENDATIONER ... 17

1. Sammanfattande analys

På landstingets intranät finns ledningssystemet "LITA". Under de senaste åren har ett arbete pågått med att fylla på LITA med styrande dokument som exempelvis regler, riktlinjer och rutiner.

Granskningen visar att det ännu saknas en stor andel styrdokument i LITA. Granskningen visar även att det finns osäkerhet om dokumentens giltighet till följd av otydligheter i reglering om vem som får besluta om landstingsövergripande regler, rutiner m.m. En slutsats vi gör är att LITA inte utgör ett tillräckligt stöd i styrningen och uppföljningen av verksamheterna.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte haft en tillräcklig styrning och uppföljning över arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget. Varken styrelsen eller nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att ledningssystemet utvecklas och används. Under granskningen har vi bland annat gjort följande iakttagelser:

- Våra kontroller av styrdokument, regler m.m. i LITA visade på brister. Styrdokument m.m. var endast i begränsad utsträckning publicerade i LITA.
- Otydlig reglering om vilka som får besluta om styrdokument medför att det är osäkert i vilken grad landstingsövergripande regler, riktlinjer rutiner m.m. är bindande för medarbetare i landstinget.
- Våra kontroller visade att det fanns styrdokument m.m. som inte hade blivit reviderade i tid. Det var för vissa styrdokument också otydligt från vilket datum dokumenten börjat gälla.
- Det saknas i landstinget en tillräcklig organisation som kan ge stöd till chefer m.fl. i arbetet med att utveckla ledningssystemet samt följa upp kvaliteten i ledningssystemet. Under år 2018 har arbetet med att bygga upp ledningssystemet till viss del stannat. Enligt intervjuade i granskningen har sammanslagningen mellan landstinget och regionförbundet Västerbotten bidragit till att arbetet med att utveckla ledningssystemet har stannat upp.
- Landstingsstyrelsen har under år 2018 inte följt upp arbetet med ledningssystemet eller vidtagit åtgärder för att lösa problemen med det outvecklade ledningssystemet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har vid ett tillfälle fått information om arbetet med LITA. Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtog inga åtgärder med anledning av informationen.

1.1. Rekommendationer

Vi vill uppmärksamma landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden om att arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget har pågått i cirka 10 år. Granskningar vi genomfört under denna period har visat på en rad brister i styrelsens och nämndens kontroll över detta arbete. Vid flera tillfällen under perioden har arbetet med att utveckla ledningssystemet stannat upp. Avsaknad av ledarskap, kunskap om vad ett ledningssystem är och otillräckliga prioriteringar har bidragit till att arbetet med ledningssystemet försvårats. Av denna uppföljande granskning framgår att pro-

blemen med ledningssystemet i huvudsak kvarstår. Med anledning av våra iakttagelser i denna granskning och de iakttagelser vi gjort de senaste 10 åren lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Utred vad som behövs för att få ett ledningssystem som utgör ett tillräckligt stöd för styrning, uppföljning och kontroll.
- Besluta om nödvändiga åtgärder för att utveckla ledningssystemet.
- Säkerställ att det finns en tillräcklig organisation för utveckling, uppföljning och kontroll av ledningssystemet.
- Säkerställ att det finns tydliga regler om vilka som har befogenheter att besluta om landstingsövergripande styrdokument.
- Säkerställ att ni håller er informerade om arbetet med att ta fram ledningssystemet. Ställ krav på återrapportering. Besluta om nödvändiga åtgärder i händelse av att uppföljningen visar på avvikelser eller andra brister.

2. Bakgrund

Landstingets styrelser och nämnder har enligt kommunallagen ansvar att se till att deras verksamheter bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt och de lagar och regler som gäller för verksamheterna. Ansvaret omfattar även att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheterna bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

För att styra, leda och följa upp verksamheterna finns i landstinget regler och rutiner. Reglerna och rutinerna behöver vara kända bland berörda medarbetare som måste kunna hitta vilka regler och rutiner som är beslutade och aktuella.

I Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att landstinget i egenskap av vårdgivare har ansvar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Landstinget har idag ett webbaserat ledningssystem (LITA) som finns på landstingets intranät. Ledningssystemet har varit under utveckling i flera år och kan beskrivas som en dokumentbank med styrande dokument.

Under flera år har revisorernas granskningar visat på brister i styrelsers och nämnders styrning, uppföljning och kontroll. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för stora och komplexa organisationer. Att inte ha kontroll på styrning och uppföljning av verksamheterna innebär risker. Det är därför viktigt att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har kontroll över att det finns ett fungerande ledningssystem och att viktiga styrdokument finns tillgängliga i LITA. Revisorerna beslutade efter genomförd riskanalys att under år 2018 genomföra en uppföljande granskning av landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens ledningssystem LITA.

2.1. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan som granskningen ska besvara är om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll över arbetet med ledningssystemet?

För att besvara den övergripande revisionsfrågan har vi formulerat följande underliggande revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen följt upp att åtgärder blivit genomförda med anledning av revisorernas granskning år 2016 av ledningssystemet?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument finns tillgängliga i LITA?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument är reviderade enligt dokumentens uppföljningsdatum?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument är beslutade på behörig nivå?

2.2. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av arbetet med att införa ett ledningssystem i landstinget. Kontroller av dokument i ledningssystemet har omfattat övergripande styrdokument inom områden som exempelvis ekonomi, personal och administration. Kontrollen har även omfattat övergripande styrdokument inom verksamhetsområde sjukhusvård. Vi har inte granskat i vilken utsträckning det funnits specifika regler och rutiner m.m. för enskilda basenheter. I denna granskning har inte ingått att kontrollera om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ett ledningssystem som uppfyller SOSFS 2009:11.

2.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Vi har utgått från nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen 6 kap 6 §
- Fullmäktiges reglemente för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden

2.4. Metod

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier och kontroller av styrande dokument i ledningssystemet LITA. Kontrollerna är genomförda utifrån följande kriterier:

- Om dokumenten fanns tillgängliga i LITA.
- Om dokumenten i LITA var beslutade på behörig nivå.
- Om dokumenten i LITA var reviderade enligt uppföljningsdatum.

Vi har kontrollerat ett urval om 250 dokument (se bilaga 1). I urvalet har vi utgått från politiska beslut, riktlinjer eller rutiner från intranätet samt dokument som finns namngivna i biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörens beskrivning av ledningssystemets uppbyggnad för verksamhetsområde sjukhusvård.

Vi har också genomfört intervjuer med biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, kvalitetsansvarig för ledningssystemet samt en medarbetare vid memeologen. I samband med kvalitetssäkringen har vi förutom de vi intervjuat under granskningen även stämt av granskningen med chefen för ledningsstaben, före detta och nuvarande landstingsdirektör samt nuvarande hälso- och sjukvårdsdirektör.

3. Tillbakablick och uppföljning av tidigare granskning

3.1. Tillbakablick av arbetet med att införa ledningssystem

Fram till och med år 2009 beslutade landstingsstyrelsen årligen om ett regelverk för landstinget. Regelverket publicerades i form av en regelbok. Efter år 2009 har landstingsstyrelsen inte beslutat om något samlat regelverk för landstinget. Istället för att revidera regelverket beslutade landstingssty-

relsen om att regler, rutiner m.m. skulle ingå i det ledningssystem som skulle utvecklas i landstinget. Arbetet med att införa ett ledningssystem har pågått sedan år 2009 i Västerbottens läns landsting. Nedan redogörs för delar av arbetet och de omstarter som har genomförts.

Starten för framtagandet av ett digitalt ledningssystem
Våren 2009 genomförde Socialstyrelsen en tillsyn av landstingets patientsäkerhetsarbete (44–9744/2008). Socialstyrelsen konstaterade att landstinget inte hade ett ledningssystem som uppfyllde kraven enligt föreskrifterna SOSFS 2005:12. I april samma år fastställde landstingsstyrelsen riktlinjer för ledningssystemet (VLL 607:1-2009). I mars 2010 beslutade landstingsdirektören om en projektplan för införandet av ett ledningssystem innan utgången av år 2010 (VLL 607:2–2009).

I en riskanalys för projektet bedömde dåvarande landstingsdirektören att otillräckligt IT-stöd var den största risken för att ledningssystemet inte skulle bli infört i tid. En granskning av revisorerna visade att ledningssystemet inte blev infört enligt tidplanen.

Första omstarten år 2011
I juni 2011 beslutade landstingsdirektören om nya direktiv och ny projektledare för arbetet med att införa ett ledningssystem. Målet var att i mars 2012 ha ett system som uppfyllde Socialstyrelsens krav. Vid en överläggning i juni 2011 fick revisorerna information från projektledningen om identifierade risker med projektet. Risker som nämndes var bristande engagemang för projektet från landstingsdirektör och avsaknad av beslut om resurser för projektdeltagande. Vidare lyfte projektledaren risker kring hur ledningssystemet skulle förvaltas samt att IT-stödet inte skulle vara tillräckligt användarvänligt.

I september år 2012 beslutade landstingsstyrelsens ordförande att landstinget senast den 30 september 2012 skulle ha infört ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.

Senare under hösten 2012 avstannade projektet till följd av att både projektledare och projektägare lämnade sina uppdrag. Projektledaren och projektägaren uppgav att en orsak till avhoppen var att det saknats styrning och intresse från landstingsdirektören att driva på arbetet med att utveckla ett ledningssystem.

Andra omstarten år 2012
I december 2012 tillsatte nytillträdde landstingsdirektören ny projektledare och ny projektägare för arbetet med att utveckla ett ledningssystem. Våren 2013 meddelade projektägaren att projektet i sin helhet beräknades vara genomfört 2014/2015. En granskning hösten 2013 visade att det saknades en uppdaterad projektplan för projektet. I december 2014 beslutade landstingsstyrelsen om en ny projektplan med målsättning att ett ledningssystem skulle vara infört den sista december 2015.

Den sista december 2015 avslutade projektägaren projektet och IT-stödet LITA publicerades på intranätet. Projektledaren lämnade i juni 2016 en slutrapportering till landstingsstyrelsen. I slutrapporten uppgav projektledaren att tjänstemannaledningens deltagande varit lågt under projekttiden. Revisorernas granskning av ledningssystemet under år 2016 visade att landstingsstyrelsen inte hade säkerställt att landstinget hade ett fungerande ledningssy-

stem. Av granskningen framgick bland annat att styrelsen inte hade säkerställt att projektet som beställdes år 2014 blivit genomfört i sin helhet. Styrelsen hade inte heller säkerställt att det fanns resurser för den strategiska förvaltningen av ledningssystemet.

3.2. Tjänstemannautredning om kvalitetsledning i regionen

Vi har tagit del av en utredning från januari år 2018, framtagen på uppdrag av landstingsdirektören och direktören för Region Västerbotten. Utredningen hade till syfte att skapa en målbild för kvalitetsledning och det strategiska och systematiska kvalitetsarbetet i den nya regionkommunen år 2019.

Av utredningen framgick att det i landstinget inte fanns något tydligt uttalat ansvar för vare sig kvalitetsledning eller ledningssystem hos någon enskild inom den högsta tjänstemannaledningen. I utredningen fanns en GAP-analys som visade på risker och utvecklingsområden. Exempel på områden som omnämndes i rapporten:

- Det saknades kunskap om förändringsledning, vilket innebar att förbättringsarbete varken efterfrågades eller visualiserades på ett strukturerat och systematiskt sätt.
- Medarbetare i organisationen hade olika syn på kvalitet, vem man fanns till för och varför. Man visste inte vem som definierade kvaliteten eller vilka aspekter av kvaliteten som skulle bedömas och definieras.
- Organisationen behövde bli bättre på att bestämma, mäta och aktivt följa upp nyckeltal för att påvisa organisationens prestation och resultat.
- Det fanns ingen utsedd kvalitetsansvarig på ledningsnivå med ansvar för att driva, utveckla och följa upp det övergripande strategiska kvalitetsarbetet.
- Det fanns inte en tydlig röd tråd i styrningen från politiken till verksamheterna.
- Landstinget saknade ett gemensamt integrerat ledningssystem för kvalitet, ekonomi, miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet. Landstinget behövde bli bättre på att tillämpa helhetsperspektiv och utöva en mer samordnad strategisk planering och uppföljning där man tog hänsyn till ovan nämnda perspektiv. Avsaknad av en övergripande helhetsbild fick i sin tur till följd att landstinget inte heller beaktade helhetsperspektivet vid planering och uppföljning.
- Det pågick arbete med att etablera ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i landstinget. För landstingets gemensamma ledningssystem, LITA, fanns en central förvaltning som bestod av en strateg och en handläggare. Enligt utredningen saknades helt koppling mellan den centrala förvaltningen och landstingets patientsäkerhetsarbete.
- Kunskapen om processer varierade i landstingets verksamheter. Det saknades en övergripande strategisk planering och styrning mot en processorienterad verksamhet.

Vår kommentar

En jämförelse mellan den historiska tillbakablicken och den utredning som genomförts på uppdrag av landstings- och regiondirektör inför regionbild-

ningen visade att problembilden till stor del varit densamma. I början av år 2018 saknades det fortfarande viktiga beslut och direktiv för att komma vidare i arbetet med att implementera ett fungerande ledningssystem.

3.3. Åtgärder sedan tidigare granskning

Efter revisorernas senaste granskning år 2016 av landstingets ledningssystem lämnade revisorerna en skrivelse till landstingsstyrelsen. I skrivelsen fanns två rekommendationer:

1. Att landstingsstyrelsen skulle vidta åtgärder för att säkerställa att ledningssystemet färdigställdes och användes.
2. Att landstingsstyrelsen skulle säkerställa en tillräcklig förvaltningsorganisation för att underhålla och utveckla ledningssystemet.

Landstingsstyrelsen lämnade ett svar till revisorerna angående skrivelsen i april år 2017. Nedan följer en sammanfattning av landstingsstyrelsens svar samt en uppföljning av vilka åtgärder som vidtagits.

3.3.1. Uppföljning av landstingsstyrelsens svar i yttrandet

Landstingsstyrelsen uppgav att ett råd för kvalitetsledning hade inrättats i syfte att bidra till den strategiska planeringen.

Vår granskning visar att landstingsdirektören inrättade ett råd för kvalitetsledning i december 2016. Rådet har sedan det startades haft 11 möten. I rådet sitter landstingsdirektör, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, chefen för ledningsstaben, ekonomidirektör samt strateg för kvalitetsleding. Rådet ska enligt uppdragsbeskrivningen i ledningssystemet bidra till den strategiska planeringen med att etablera ett levande ledningssystem. Rådet ska även bevaka arbetet med implementering och förvaltning av ledningssystemet. Enligt sitt uppdrag skulle rådet dokumentera sina möten i minnesanteckningar och rapportera till landstingsdirektörens ledningsgrupp. I rådets senaste sammanträdesanteckningar från den 8 oktober 2018 fanns en presentation av förslag till prioritering av det fortsatta utvecklingsarbetet med ledningssystemet. Av anteckningarna framgick också att rådet skulle ha ett avlämningsmöte till den nya regiondirektören i december 2018. Fram till granskningens färdigställande hade rådet under år 2018 träffats vid fyra tillfällen.

Vår kommentar

Av rådets minnesanteckningar framgick inte på vilket sätt rådet hade bevakat arbetet med att publicera styrande dokument i ledningssystemet eller hur långt verksamheterna kommit i arbetet med att utveckla lokala ledningssystem i LITA. Av anteckningarna framgick inte heller hur eller vem som skulle driva arbetet med att utveckla ledningssystemet i den nya regionen.

Av landstingsstyrelsens yttrande framgick att arbetet skulle fortsätta med att kartlägga ledningsprocesserna och att tydliggöra styrning och ledning i landstinget.

Enligt de intervjuer vi genomfört med kvalitetsledningsstrategen har kvalitetsledningsrådet under år 2018 diskuterat vad som behöver göras och i vilken ordning. Enligt strategen har endast ett fåtal processer blivit kartlagda.

En orsak till att man inte kommit igång med kartläggningen av fler ledningsprocesser har enligt kvalitetsledningsstrategen varit att man valt att avvakta i väntan på regionbildningen år 2019.

Vår kommentar
Vi konstaterar att arbetet med att kartlägga ledningsprocesserna endast kommit igång i begränsad utsträckning. Arbetet har med anledning av regionbildningen stannat av.

Landstingsstyrelsen uppgav att arbetet skulle fortsätta med att kartlägga landstingets huvud- och stödprocesser.

Efter intervju med kvalitetsledningsstrategen samt efter att ha tagit del av dokumentet "Förberedelse för bildande av regionkommun 2019" (VLL 2135–2017) konstaterar vi att det i landstinget ännu inte finns några tydliga direktiv för arbetet med kartläggningen av huvud- och stödprocesserna.

För verksamhetsområde sjukhusvård har biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör dokumenterat fyra huvudprocesser (hälsoprocessen, sjukvårdsprocessen, utbildningsprocessen och forskningsprocessen) i dokumentet "Processkarta VO sjukhusvård".

Vår kommentar
Det är svårt att följa upp hur långt tjänstemannaledning och staber har kommit i arbetet med att kartlägga landstingets huvud- och stödprocesser. Det finns inga mål för arbetet och därmed inget att stämma av mot. Det har dock pågått ett arbete med att strukturera styrdokument inom verksamhetsområde sjukhusvård. Granskningen visar att arbetet med kartläggningen av processer har stannat upp i avvaktan på sammanslagningen med Regionförbundet i Västerbotten.

Enligt yttrandet hade en operativ arbetsgrupp inrättats för att bereda och utreda specifika frågeställningar och utvecklingsfrågor kring ledningssystemet.

I januari 2017 hade arbetsgruppen ett första uppstartsmöte. Enligt minnesanteckningar från kvalitetsledningsrådet kallades gruppen för LITA arbetsgrupp. Enligt kvalitetsledningsstrategen hade gruppen delats upp i ett antal mindre arbetsgrupper. Arbetsgrupperna har enligt rådets minnesanteckningar från år 2017 och 2018 bland annat arbetat med:

- Att utreda vilka IT-verktyg det finns för att rita upp processer.
- Att göra en förstudie av behovet av ett IT-system för ledningssystemet som helhet.
- Att utreda metod och system för uppföljning.

Varken av kvalitetsledningsrådets eller landstingsdirektörens ledningsgrupps minnesanteckningar framgår vilka åtgärder eller beslut som LITA arbetsgruppens utredningar har resulterat i.

Enligt kvalitetsledningsstrategen har den operativa arbetsgruppen slutfört sina uppdrag under år 2018.

Vår kommentar
I vår uppföljning av landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll kan vi konstatera att varken styrelsen eller hälso- och sjukvårds-

nämnden fått information om resultatet av den operativa arbetsgruppens arbete.

Verksamheterna skulle få stöd i sitt arbete med att etablera ledningssystemet genom en resursförstärkning från landstingets utvecklingsenhet memeologen under hösten 2017.

En medarbetare på landstingets utvecklingsenhet memeologen (nedan kallad memeolog) har fått i uppdrag att stödja verksamheterna i arbetet med att utveckla deras ledningssystem. Medarbetaren på memeologen har inget tydligt definierat uppdrag i förhållande till ledningssystemet. Kvalitetsledningsstrategen har gett i uppdrag till memeologen att identifiera memeologens roll i arbetet med ledningssystemet.

Av intervju med memeologen framkom att hen bland annat arbetar med att ta fram ett formulär som ska kunna användas av verksamhetschefer för att göra en självskattning av hur deras ledningssystem kan utvecklas. Med hjälp av formuläret ska chefer kunna ta fram en handlingsplan för sitt arbete med att utveckla lokala ledningssystem. Memeologen hjälper chefer att identifiera vad cheferna behöver utveckla och vilket stöd cheferna behöver. Alla chefer har enligt memeologen någon form av system för ledningen av sin verksamhet men många inte är tydligt dokumenterade eller har tillräckligt systemstöd. Enligt memeologen är det viktigt att vidga arbetet med ledningssystem till något mer än enbart dokumenthantering.

Memeologen uppger att det inte varit någon stor efterfrågan från verksamheterna på memeologens stöd för utveckling av ledningssystem. Hittills har en handfull verksamheter efterfrågat metodstöd för utvecklingen av deras ledningssystem.

Vår kommentar
Vår bedömning är att memeologens roll är otydlig när det gäller arbetet med att utveckla ledningssystem i landstinget. Varken landstingsstyrelsen, någon nämnd eller någon från tjänstemannaledningen har styrt eller följt upp hur memeologen bidrar i arbetet med att utveckla ledningssystemet.

Staberna skulle fortsätta sitt arbete med att upprätta och publicera styrande dokument i ledningssystemet.

Landstingsdirektören hade gett staberna i uppdrag att senast den 31 mars år 2017 ha uppdaterat ledningssystemet med de styrande dokument som fortfarande saknades. Vår granskning visar att det inte finns någon dokumenterad uppföljning av om staberna genomfört uppdraget enligt tidplanen.

Vår kommentar
Som framgått har varken landstingsstyrelsen eller landstingsdirektören följt upp i vilken grad staberna uppfyllt sitt uppdrag. Längre fram i rapporten redovisar vi våra kontroller av styrdokument som vi genomfört i syfte att bedöma i vilken grad det finns styrdokument i LITA.

3.3.2. Förvaltningen av ledningssystemet

Enligt kvalitetsledningsstrategen finns idag en förvaltningsorganisation för landstingets dokumenthanteringssystem platina (inte enbart för LITA). Förvaltningsorganisationen består av:

- Objektsägare (landstingets kanslichef)
- Objektsägare IT (en IT-strateg)
- Förvaltningsledare (kvalitetsledningsstrategen)
- Förvaltningsledare IT (en systemförvaltare vid IT Västerbotten)

På central nivå arbetar idag två personer med ledningssystemet. Det är en kvalitetsledningsstrateg och en handledare (utredare). Förutom dessa två tjänster finns som tidigare nämnts också en person på memeologen som ger stöd till chefer i deras arbete med att utveckla lokala ledningssystem.

3.3.3. Vår sammanfattande kommentar om vidtagna åtgärder

Sammanfattningsvis visar vår uppföljning att varken landstingsstyrelsen eller landstingsdirektören följt upp uppdraget att uppdatera styrande dokument i ledningssystemet. Granskningen visar även att det saknas direktiv för arbetet med att ta fram och analysera processer. Vi ser även att förvaltningsorganisationen för ledningssystemet på central nivå är ytterst begränsad.

Vår bedömning efter genomförd granskning är att varken landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder för att informera sig om hur ledningssystemet utvecklas och underhålls.

Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte heller gjort någon analys av om förvaltningsorganisationen kring landstingets ledningssystem varit tillräcklig eller hur kvalitetsledningsrådet bidragit till den strategiska planeringen.

4. Ledningssystemet LITA

På landstingets intranät finns information om att LITA innehåller styrande och vägledande dokument. I LITA definieras ledningssystemet som ett verktyg som tydliggör hur verksamheten styrs, leds, utvecklas och följs upp. Där framgår att de rutiner och riktlinjer som finns i LITA både bygger på krav som finns internt i landstinget och externa krav i form av lagar och föreskrifter. Vidare framgår att de dokument som finns i ledningssystemet alltid ska vara aktuella vilket ska öka patientsäkerheten och spara tid och pengar. På startsidan i LITA finns en översikt över senast fastställda dokument och processer.

Sedan i juli 2018 finns ett dokument i LITA som beskriver ledningssystemets uppbyggnad inom verksamhetsområdet sjukhusvård. Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör har i dokumentet angivit att ledningssystemet för sjukhusvården är uppbyggt för att svara mot kraven i Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9. Dokumentet hänvisar även till ISO 15224, som är en standard för certifiering av ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården. Enligt dokumentet är ledningssystemet för verksamhetsområdet sjukhusvård uppbyggt utifrån huvudrubrikerna i ISO 15224.

Vår kommentar

Vår bedömning är att LITA inte är ett ledningssystem utan en dokumentbank. LITA saknar funktioner för att styra, leda, utveckla och följa upp landstingets verksamheter. En brist vi identifierat i hanteringen av styrdokument är att det saknas rutiner för hur chefer m.fl. ska kommunicera ut

styrdokument, regler och rutiner till berörda medarbetare. En annan brist är att det i LITA saknas systemstöd för chefer att följa upp och utvärdera om verksamheterna följer regler, genomför uppdrag, når mål m.m.

För verksamhetsområde sjukhusvård har biträdande sjukvårdsdirektör arbetat med att hitta en struktur för sina styrande dokument i ledningssystemet. Strukturen följer en standard för certifiering av hälso- och sjukvård. Vi är positiva till att biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör för verksamhetsområde sjukhusvård har genomfört ett arbete med att bygga en struktur för att få översikt över de olika styrdokumenten. Enligt vår bedömning kan en strukturerad dokumentation utgöra en del av ett ledningssystem. I bilden nedan illustreras vår bedömning att LITA inte är ett integrerat IT-verktyg som kuggar in och stödjer ledningsprocesserna planera, genomföra, utvärdera och förbättra utan ligger som en dokumentbank frikopplad från verksamheterna.

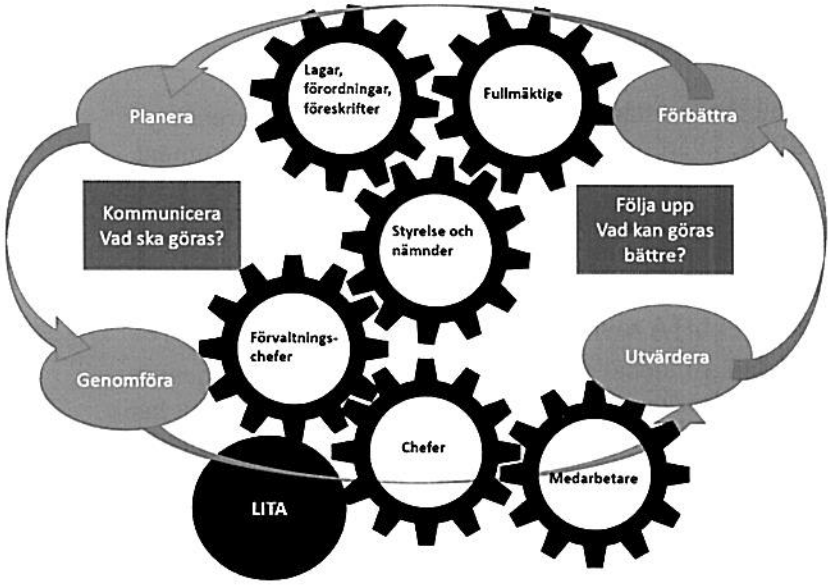


Bild av att LITA inte är ett integrerat IT-verktyg som stödjer ledningsprocesserna.

4.1. Kontroll av styrdokument i LITA

Nedan redovisas resultatet av kontrollerna som vi genomfört av styrdokument i LITA.

4.1.1. Finns dokumenten i LITA?

I vårt urval om 250 dokument fanns 154 dokument (62 procent) tillgängliga i LITA (antingen som ett publicerat dokument eller som en länk till ett dokument). I urvalet har vi utgått från antaganden om vilka dokument som borde finnas i ett ledningssystem. När vi gjort detta har vi bland annat utgått från revisionskontorets granskningsprogram, tidigare granskningar och register på styrdokument framtaget av biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör.

Några exempel på styrdokument som inte fanns i LITA var:

- Landstingsfullmäktiges miljöpolitiska program

- Landstingsfullmäktiges reglemente för intern kontroll
- Landstingsstyrelsens attestreglemente för Västerbottens läns landsting
- Landstingsstyrelsens tillämpningsanvisningar till attestreglemente
- Landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2018
- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2018
- Landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens kompetensförsörjningsplan 2018-2019
- Inköpspolicy VLL
- Definitioner och beslutsnivå för styrande dokument i Västerbottens läns landsting. Revidering
- Introduktion av nyanställda

Vår kommentar
Granskningen visar att det återstår en hel del arbete med att registrera styrande dokument i LITA. I vårt urval fanns 62 procent av de styrdokument som vi bedömt borde funnits med i landstingets ledningssystem publicerade i LITA. En risk när det saknas styrdokument i LITA är att medarbetare inte känner till gällande regler och rutiner.

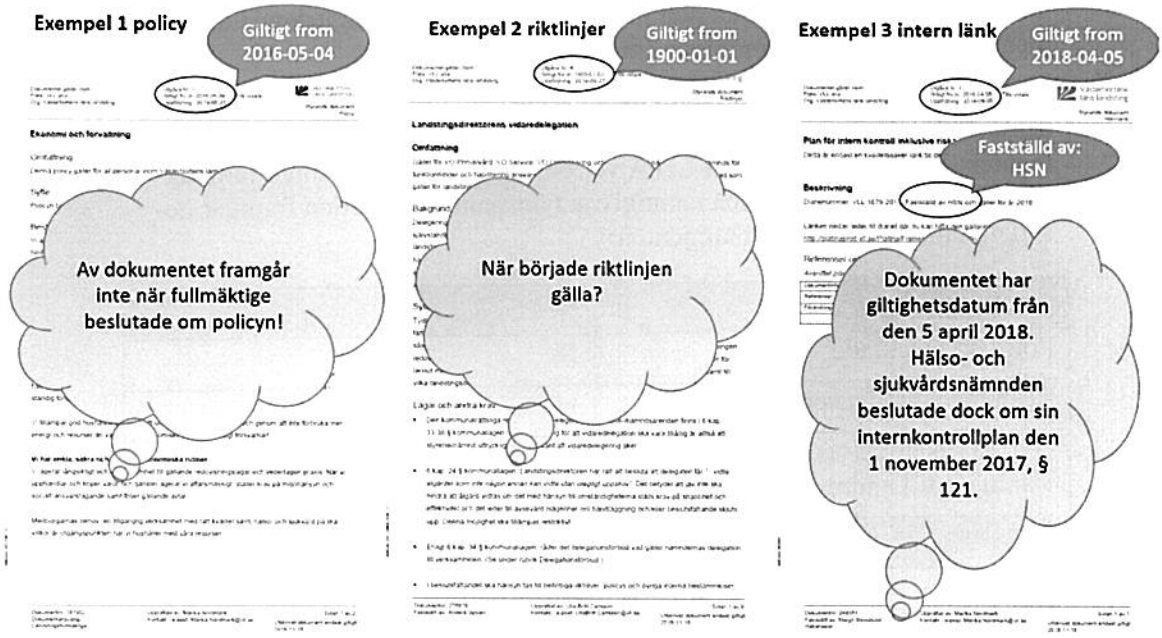
4.1.2. Är dokumenten i LITA reviderade enligt uppföljningsdatum?

Samtliga dokument i LITA innehåller uppgifter om hur länge dokumenten är giltiga. De allra flesta dokument gäller "tills vidare". Alla dokument har ett uppföljningsdatum. Med uppföljningsdatum avses det datum när dokumentet senast ska ses över av den handläggare som är ansvarig för framtagandet av dokumentet.

Innan ett uppföljningsdatum passerats får den ansvarige handläggaren en påminnelse via e-post från systemet. Påminnelser skickas löpande med automatik tills handläggaren sett över dokumentet. Skulle handläggaren ha slutat arbeta i landstinget går påminnelse istället till den som beslutat om dokumentet.

Som ovan nämnt fanns 154 av 250 kontrollerade dokument i LITA. Av dessa 154 hade uppföljningsdatumet passerat för 20 dokument (13 procent).

Övriga iakttagelser
I samband med kontrollen av uppföljningsdatum har vi även uppmärksammat oklarheter kring dokumentens giltighetsdatum. De flesta dokumenten hade fått giltighetsdatum från och med den dag de publicerats i LITA. Det fanns dock ett drygt 10-tal dokument (7 procent) som hade giltighetsdatum 1900-01-01. En annan iakttagelse var att politiskt beslutade dokument inte alltid fanns publicerade som dokument i LITA. I dessa fall fanns dokumentlänkar i LITA till det beslutade dokumentet i diariet. Datumet i LITA stämde dock inte överens med det datum styrelse eller nämnd hade beslutat om dokumentet.



Vår kommentar

Av kontrollen framgick att cirka 13 procent av dokumenten i LITA inte hade blivit reviderade i tid. Att dokument inte reviderats i tid innebär en risk att medarbetare inte får tillgång till korrekt information. Det fanns ingen samlad uppföljning av vilka handläggare som inte reviderat sina dokument i tid.

När en medarbetare slutar sin anställning ska behörigheter i landstingets IT-systemen avslutas. Om behörigheten i platina inte blivit avslutad för en handläggare fortsätter systemet ändå att skicka ut påminnelser till handläggaren. Systemet känner inte av att personen inte längre finns kvar i organisationen. Här finns en risk att systemet för revidering av dokument sätts ur spel.

4.1.3. Har dokumenten beslutats av behöriga personer?

Av landstingsdirektörens riktlinje för att ta fram och besluta om styrande och vägledande dokument (nr 188192) framgår att landstingsövergripande dokument, dvs. dokument som gäller för alla landstingets verksamheter "kan" beslutas av:

- Landstingsfullmäktige
- Landstingsstyrelsen
- Landstingsdirektör eller
- Utsedd huvudansvarig för det ämnesområde som dokumentet behandlar (exempelvis som en befogenhet i en chefsroll eller en officiell expertroll).

Av riktlinjen framgår att om en chef fördelat ansvaret att besluta om styrande dokument till någon annan t.ex. till utsedda processägare eller experter ska det fördelade ansvaret dokumenteras.

Chefen för ledningsstaben har beslutat om en landstingsövergripande rutin för hur styrande dokument ska hanteras. Av rutinen framgår hur chefer och

huvudansvariga ska granska och fastställa styrande och vägledande dokument inom sina ansvarsområden (nr 183752).

Av de 250 styrdokument som ingick i vårt urval fanns 154 i LITA. För dessa 154 dokument har vi även kontrollerat vem som har beslutat om dokumenten. Bland dokumenten i LITA var beslutsfattare bland annat fullmäktige, landstingsstyrelsen och namngivna tjänstemän. I tabellen framgår beslutsfattarna för de 154 dokumenten:

Dokument	Antal
Politiskt beslutade	34
Beslutade av tjänstemän	114
Övriga (exempelvis lagar eller hänvisningar till andra myndigheter)	6
Summa:	**154**

Vi kan konstatera att det av styrdokumenten i LITA inte framgick med vilka befogenheter tjänstemän hade beslutat om dokumenten. Flera styrdokument som tjänstemän hade beslutat om var landstingsövergripande.

Vår kommentar
Vi anser att landstingsdirektörens riktlinjer för framtagande av och beslut om styrande dokument och den rutin som är beslutad av chefen för ledningsstaben inte ger tillräcklig vägledning för att man ska kunna bedöma vem som har rätt i landstinget att besluta om regler, rutiner och andra styrande dokument. Inte heller av landstingsstyrelsens eller hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordningar framgår hur befogenheter att besluta om regler m.m. är fördelade.

5. Svar på revisionsfrågorna

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte haft en tillräcklig styrning och uppföljning över arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget. Varken styrelsen eller nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att ledningssystemet utvecklas och används.

Granskningen visar att det ännu saknas en stor andel styrdokument i LITA. Det finns även osäkerheter om styrdokuments giltighet till följd av att det saknas tydlig reglering om vilka som får besluta om landstingsövergripande regler, rutiner m.m.

En slutsats vi gör är att LITA inte utgör ett tillräckligt stöd i styrningen och uppföljningen av verksamheterna.

Våra bedömningar bygger på svaren på våra revisionsfrågor som vi sammanställt i tabellen på nästa sida:

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Har landstingsstyrelsen följt upp att åtgärder blivit genomförda med anledning av revisorernas granskning år 2016 av ledningssystemet?	Nej	Landstingsstyrelsen har under år 2018 inte följt upp om åtgärderna blivit genomförda.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument finns tillgängliga i LITA?	Nej	Drygt 60 procent av de styrande dokument som ingått i vårt urval fanns tillgängliga i LITA.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument är reviderade enligt dokumentens uppföljningsdatum?	Nej	Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden hade inte säkerställt att det fanns rutiner för att kontrollera om dokumenten i LITA blivit reviderade i enlighet med uppföljningsdatum. Granskningen visade att det fanns dokument där uppföljningsdatumet hade passerat.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att styrande dokument är beslutade på behörig nivå?	Nej	De riktlinjer och rutiner som finns i LITA om beslutsnivåer för styrande dokument är otydliga. Av de dokument vi kontrollerat i LITA framgick inte vilka befogenheter beslutsfattare hade för att besluta om styrdokumenten. I landstinget är det otydligt vilka som har befogenheter att besluta om landstingsövergripande regler, rutiner m.m.

5.1. Rekommendationer

Vi vill uppmärksamma landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden om att arbetet med att bygga upp ett ledningssystem i landstinget har pågått i cirka 10 år. Granskningar vi genomfört under denna perioden har visat på en rad brister i styrelsens och nämndens kontroll över detta arbete. Vid flera tillfällen under perioden har arbetet med att utveckla ledningssystemet stannat upp. Avsaknad av ledarskap, kunskap om vad ett ledningssystem är och otillräckliga prioriteringar har bidragit till att arbetet med ledningssystemet försvårats. Av denna uppföljande granskning framgår att problemen med ledningssystemet i huvudsak kvarstår. Med anledning av våra iakttagelser i denna granskning och de iakttagelser vi gjort de senaste 10 åren lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Utred vad som behövs för att få ett ledningssystem som utgör ett tillräckligt stöd för styrning, uppföljning och kontroll.
- Besluta om nödvändiga åtgärder för att utveckla ledningssystemet.
- Säkerställ att det finns en tillräcklig organisation för utveckling, uppföljning och kontroll av ledningssystemet.

- Säkerställ att det finns tydliga regler om vilka som har befogenheter att besluta om landstingsövergripande styrdokument.
- Säkerställ att ni håller er informerade om arbetet med att ta fram ledningssystemet. Ställ krav på återrapportering. Besluta om nödvändiga åtgärder i händelse av att uppföljningen visar på avvikelser eller andra brister.

Umeå den 19 december 2018

Eva Röste Moe
Certifierad kommunal revisor
Västerbottens läns landsting

Malin Hedlund
Sakkunnig
Västerbottens läns landsting

Bilaga 1: Dokumenturval

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Alkohol- och drogfria arbetsplatser inom Västerbottens läns landsting - med hälsa och säkerhet i fokus	Ja	
Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde	Nej	Platina
Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom landstingsstyrelsens ansvarsområde	Nej	Platina
Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde	Nej	Platina
Ansvars- och rollfördelning i ärendeberedningsprocessen i Västerbottens läns landsting	Ja	
Ansvarsfördelning vid läkares allmäntjänstgöring AT inom VLL	Ja	
Ansvarsfördelning vid läkares specialisttjänstgöring, ST inom VLL	Ja	
Användning av Internet	Ja	
Användning och hantering av medicintekniska produkter VLL	Ja	
Arbete med kvalitetsmål VO SHV	Ja	
Arbetsmiljö	Ja	
Arbetsmiljöproblem i inomhusmiljön inom VLL	Ja	
Arbetstidsmodeller	Nej	LINDA
AT-råd	Ja	
Att tänka på innan e-post skrivs och skickas	Ja	
Att upprätta brandskyddsinformation på den egna verksamheten	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Att upprätta brandskyddsrutiner på den egna verksamheten	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Attestreglemente för Västerbottens läns landsting	Ja	Platina
Avtalsförvaltning VLL	Nej	Register VO SHV
Avvikelsehantering	Ja	
Barn som anhöriga - dokumentation	Ja	
Beredning av underlag till delårs- och årsredovisning	Ja	
Beredning av underlag till landstingsplan och verksamhetsplaner för styrelser och nämnder	Ja	
Berednings- och beslutsprocess för ordnat införande av särskilt resurskrävande medicinska metoder i VLL	Nej	Register VO SHV
Beskrivning av ledningssystemets uppbyggnad VO SHV	Ja	
Beslutsmall VO sjukhusvård	Ja	
Beställarfunktion för hälsoval Västerbotten	Ja	
Beställning av läkemedel VLL	Ja	
Bestämmelser kring bisyssla	Ja	
Bild av sjukskrivningsprocessen	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Brandskydd för verksamhetschefer	Ja	

[1] I kommentaren framgår var dokumenten som inte finns i LITA återfinns

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Brandskyddsintroduktion för nyanställda	Ja	
Budgetprocess	Nej	Register VO SHV
Budgetprocessen VO SHV	Nej	Register VO SHV
Checklista APT	Nej	Platina
Checklista för verksamhetschef vid basenhet	Ja	
Checklista vid avslut	Nej	LINDA
Chefförsörjningsprocessen	Ja	
Definitioner och beslutsnivå för styrande dokument i Västerbottens läns landsting. Revidering	Nej	Platina
Definitioner vårdplatsbegrepp VO SHV	Nej	Register VO SHV
Definitioner vårdplatsnivåer VO SHV	Nej	Register VO SHV
Delegationsordning för landstingsstyrelsen	Ja	
Delegationsordning inom hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsområde	Ja	
Delegationsordning inom Nämnd för funktionshinder och habilitering	Ja	
Delårsrapport HSN 2018 april	Nej	Platina
Delårsrapport HSN 2018 augusti	Nej	Platina
Delårsrapport LTS 2018 april	Nej	Platina
Delårsrapport LTS 2018 augusti	Nej	Platina
Delårsrapport NFH 2018 april	Nej	Platina
Delårsrapport NFH 2018 augusti	Nej	Platina
Delårsrapport per april 2017 HSN	Ja	
Delårsrapport per april 2017 NFH	Nej	Platina
Delårsrapport per augusti 2017 HSN	Ja	
Delårsrapport per augusti 2017 NFH	Nej	Platina
Dimensionering av heldygnsvård vid ledighetsperioder VO SHV	Ja	
Dimensionering av heldygnsvård VO SHV	Ja	
Dimensionering av operationsresurser VO SHV	Nej	Register VO SHV
Dokumentation av det systematiska brandskyddsarbetet	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Dokumentation av konsultationer i NCS Cross	Ja	
Dokumentation av telefonåterbesök	Nej	Register VO SHV
Dokumenthanteringsplan för landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och habilitering	Nej	Platina
Dokumenthanteringsplan för forskningsverksamhet/forskningsprojekt	Ja	
Dokumenthanteringsplan för personal, löner samt ekonomi, redovisning	Nej	Register VO SHV
Dokumenthanteringsplan för VO SHV	Ja	
Egenkontroll av det systematiska säkerhetsarbetet	Ja	
Egenkontroll av verksamhetens brandskydd	Ja	
Egenkontroll VO SHV (SOSFS 2011:9 5 kap 2 §)	Ja	
Ekonomi och förvaltning	Ja	
Fakturering av patientavgifter i öppen och sluten vård	Ja	
Fakturering av vård och medicinsk service	Ja	
Fastighetsförvaltning VLL	Ja	
Fastighetsinvesteringar, Investeringsprocessen inom VLL	Nej	Register VO SHV

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Fastställande av rutiner VO SHV (SOSFS 2011:9 4 kap 4 §)	Ja	
Finanspolicy	Ja	
Folkhälsopolitiskt program	Nej	Platina
Forskningsbokslut VLL	Nej	Register VO SHV
FoU-policy för VLL	Ja	
Funktionshinderspolitisk strategi	Nej	Platina
Fördelning av utbildningsplatser läkare VO SHV	Nej	Register VO SHV
Fördelning av VUB-bidrag VO SHV	Nej	Register VO SHV
Förmånsbilar	Ja	
Försegling, bryta försegling, undantag från direktåtkomst samt dela journal i e-hälsotjänsten "Journalen"	Ja	
Grunder för beslutsfattande	Ja	
Gränsdragningslista/brandskyddet mellan fastighetsägare och verksamhetsägare	Ja	
Handbok för systematiskt brandskyddsarbete inom Västerbottens läns landsting	Ja	
Handbok Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2012	Ja	
Handlingsplan vid brand	Ja	
Hantering av Egen vårdbegäran i NCS Cross	Ja	
Hantering av klagomål	Ja	
Hanteringsrutiner vid anställning av personal inom legitimationsyrken	Nej	LINDA
Hälso- och sjukvårdsdirektörens vidaredelegation	Ja	
Hälso- och sjukvårdslag 2017:30	Ja	
Identitetskontroll - rutiner och dokumentation	Nej	Register VO SHV
Implementering av nya lagar och krav	Nej	Register VO SHV
Informationssäkerhet, policy	Ja	
Informationsunderlag - Hantering av brandfarlig vara, gas och vätska	Ja	
Införande av nya läkemedel i norra sjukvårdsregionen	Ja	
Inhyrning av läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag	Ja	
Inköpspolicy VLL	Nej	Register VO SHV
Internkontrollplan 2017 HSN	Nej	Platina
Internutbildning VO SHV (SOSFS 2011:9 6 kap 1 §)	Nej	Register VO SHV
Introduktion av nyanställda	Nej	LINDA (central)
Journalförstöring/felaktigt införda uppgifter	Ja	
Jämställdhet och jämlikhet	Ja	
Kliniska prövningar och kvalitetsregister - dokumentation	Ja	
Kommunikation	Ja	
Kompetensförsörjningsplan 2018-2019	Nej	Platina
Kompetensförsörjningsprocessen	Nej	Register VO SHV
Kontakter med nyhetsmedia	Ja	
Kunskapsstyrning VLL	Nej	Register VO SHV
Kvalitet och säkerhet	Ja	
Kvalitetsmanual - utvärderingsprinciper (SOSFS 2011:9 2 kap 1 §)	Nej	Register VO SHV
Kvalitetsmanual VLL - beskrivning av ledningssystemet (SOSFS 2011:9 3 kap 1,2 3 §)	Nej	Register VO SHV
Kvalitetsmanual VLL - förändringar	Nej	Register VO SHV

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Landstingets strategi för säkerhet och beredskap	Ja	
Landstingets stiftelser och fonder. Förvaltningspolicy	Nej	Platina
Landstingsdirektörens vidaredelegation	Ja	
Landstingsplan 2016-2019 inklusive årlig plan 2018	Ja	
Landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll	Nej	Platina
Ledningsstruktur VO SHV	Ja	
Ledningssystem för kvalitet - Hälso- och sjukvården. ISO standard 15224 (2017)	Ja	Som extern länk i ett dokument
Ledningssystem för kvalitet – Krav. ISO standard 9001 (2015)	Ja	Som extern länk i ett dokument
Ledningssystem för kvalitet – Principer och terminologi. ISO standard 9000 (2015)	Ja	Som extern länk i ett dokument
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	Ja	
Loggkontroller	Ja	
Lokalbehov VO SHV	Ja	
Läkemedelsförsörjning VLL - Läkemedelsenheten	Ja	
Lönepolitisk plattform	Ja	
Lönerevision VO SHV	Nej	Register VO SHV
Mall lokal dokumenthantering basenhet	Nej	Register VO SHV
Mall lokal processbeskrivning basenhet (SOSFS 2011:9 4 kap 3 §)	Nej	Register VO SHV
Mall lokal processkartläggning basenhet (SOSFS 2011:9 4 kap 2 §)	Nej	Register VO SHV
Mall lokal riskhantering basenhet	Nej	Register VO SHV
Mall lokal verksamhetsplanering basenhet	Ja	
Mall lokalt fastställande av rutiner basenhet (SOSFS 2011:9 4 kap 3 §)	Nej	Register VO SHV
Mall lokalt kris- och katastrofarbete basenhet	Nej	Register VO SHV
Mall lokalt patientsäkerhetsarbete basenhet	Nej	Register VO SHV
Medarbetarsamtal	Nej	LINDA
Miljöpolicy	Ja	
Miljöpolitiskt program	Nej	Platina
Månads-, delårs- och årsrapportering VO SHV	Ja	
Nationellt ALF-avtal	Ja	
NCS Cross - Centrala receptfavoriter	Ja	
NCS Cross - Patienter med skyddade personuppgifter, sekretesskyddad	Ja	
Organisation för länssamordning av operationsresurser	Ja	
Organisationsbeskrivning VO SHV	Ja	
Patientlag 2014:821	Ja	
Patientsäkerhetslag 2010:659	Ja	
Plan för landstingsstyrelsens uppsiktsplikt 2018	Nej	Platina
Plan för intern kontroll inklusive riskanalys (LTS 2018)	Nej	Platina
Plan för intern kontroll inklusive riskanalys (NFH 2018)	Ja	
Plan för internkontroll inklusive riskanalys (HSN 2018)	Ja	
Planering och uppföljning av sjukskrivningsprocessen	Ja	
Policy till stöd för arbetet med horisontell prioritering i VLL	Nej	Register VO SHV
Processkarta VO SHV	Ja	
Processkartläggning VO SHV (SOSFS 2011:9 4 kap 2 §)	Ja	
Produktions- och kapacitetsplanering av operationsresurser	Ja	
Produktions- och kapacitetsplanering VO SHV	Nej	Register VO SHV

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Regionalt ALF-avtal	Ja	
Reglemente för Folkhögskolestyrelsen	Ja	
Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden	Ja	
Reglemente för intern kontroll	Nej	Platina
Reglemente för landstingsstyrelsen	Ja	
Reglemente för nämnden för funktionshinder och habilitering	Ja	
Regler angående filminspelning, fotografering och ljudupptagning	Ja	
Rehabilitering i arbetet	Ja	
Riktlinje för informationssäkerhet - Användare	Ja	
Riktlinje för informationssäkerhet - förvaltning och drift	Ja	
Riktlinjer för inköp	Nej	Register VO SHV
Riktlinjer för lönetillägg	Ja	
Riktlinjer för telefon och mobil	Nej	LINDA
Riktlinjer för upphandling VLL	Nej	Register VO SHV
Riktlinjer mot korruption och mutor	Ja	
Risk- och konsekvensanalyser VO SHV (SOSFS 2011:9 5 kap 1 §)	Ja	
Riskanalys inom patientsäkerhetsarbetet	Ja	
Rutin för avvikelsehantering inom stab sjukhusvård	Nej	Register VO SHV
Rutin för ledigheter exempelvis semester eller föräldraledighet	Nej	
Rutin för lönesamtal	Nej	
Rutin för placering av patienter vid ansträngt vårdplatsläge på Nus	Ja	
Rutin för ärendeberedning 2017 HSN	Nej	Register VO SHV
Samtycke/Nödöppning SJF - dokumentation	Ja	
Samverkan med region VO SHV	Nej	Register VO SHV
Samverkan medprimärvård och kommuner VO SHV	Nej	Register VO SHV
Samverkan nationellt VO SHV	Nej	Register VO SHV
Samverkan UmU VO SHV	Nej	Register VO SHV
Samverkansavtal	Nej	Register VO SHV
Scanning	Nej	Register VO SHV
Sekretessförbindelse	Ja	
Signeringsrutiner i vårdinformationssystem	Nej	Register VO SHV
Sjukskrivningsprocessen mall för aktivitetsplanering och uppföljning	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Sociala medier - riktlinje	Ja	
Strategier för styrning av operationsresurser	Ja	
Struktur uppmärksamhetsinformation i NCS Cross	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Styrande och vägledande dokument	Ja	
Större nyinvesteringar IT/MT VLL	Ja	
SYSteam Cross - Dokumentation av brytpunktssamtal	Nej	Register VO SHV
SYSteam Cross - Dokumentation av telefonkonsulter	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
SYSteam Cross - Dokumentation av telemedicinbesök	Nej	Register VO SHV
SYSteam Cross - Dokumentation av vårdskada	Ja	
SYSteam Cross - OBS-funktion	Ja	Register VO SHV

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
		finns under annan titel i LITA.
SYSteam Cross - Remiss eller brev	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
SYSteam Cross - Remisshantering	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
SYSteam Cross - Remissinnehåll	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
SYSteam Cross - Säkerhetsdator/minibackup	Ja	
SYSteam Cross - Utskrift patientjournal	Ja	
Systematiskt arbetsmiljöarbete i Västerbottens läns landsting. Riktlinjer	Ja	
Systematiskt förbättringsarbete VO SHV (SOSFS 2011:9 7 kap 1 §)	Ja	
Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i VLL	Ja	
Systembeskrivning intern styrning och kontroll VLL	Nej	Register VO SHV
Tidplan för planerings- och uppföljningsprocessen	Ja	
Tids- och aktivitetsplan för planerings- och budgetprocessen 2019	Nej	Platina
Tillämpningsanvisningar till attestreglemente	Nej	Platina
Tjänsteresor	Ja	
Tobaksfritt landsting	Ja	
Uppföljning av arbetsmiljöarbetet VO sjukhusvård	Nej	Register VO SHV
Uppföljning av fördelade arbetsmiljöuppgifter och arbetsmiljö VC VO sjukhusvård	Nej	Register VO SHV
Uppföljning av nyttjandet av operationsresurser	Ja	
Uppföljningsplan Hälsoval Västerbotten 2018	Nej	Platina
Uppföljningsplan för styrelser och nämnder 2018	Nej	LINDA
Upphandlingspolicy VLL	Nej	Register VO SHV
Uppsägning på egen begäran, mall	Nej	LINDA
Utlämnande av data från kvalitetsregister	Ja	
Utvärdering av kundnöjdhet NPE VLL	Ja	
Verksamhetens organisation av brandskyddsarbetet	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Verksamhetens organisation vid hantering av brandfarlig vara, gas och vätska	Ja	
Verksamhetens utbildningsplanering gällande brandskydd	Ja	Register VO SHV finns under annan titel i LITA.
Verksamhetens årliga brandskyddsinformation	Ja	
Verksamhetsplan HSN 2017	Ja	
Verksamhetsplan hälso- och sjukvårdsnämnden 2018	Nej	Platina
Verksamhetsplan landstingsstyrelsen 2018	Nej	Platina
Verksamhetsplan mål HSN 2017	Ja	
Verksamhetsplan NFH 2017	Ja	
Verksamhetsplan nämnden för funktionshinder och habilitering 2018	Ja	
Verksamhetsplanering med budget och uppföljning	Ja	
Verksamhetsplanering och årsrapport på basenhet	Ja	

Dokument	Finns i LITA	Kommentar[1]
Verksamhetsuppföljning VO SHV	Ja	
Vidaredelegation från landstingsdirektören inom hälso- och sjukvårds-nämndens ansvarsområde	Nej	Register VO SHV
VLL Checklista inför avtal	Nej	
Vård enligt LPT eller LRV - rutiner vid överflyttning - dokumentation	Ja	
Vård till gömda flyktingar, papperslösa m fl. Anvisningar.	Nej	Register VO SHV
Vårdbehov VO SHV	Nej	Register VO SHV
Vägledning till det systematiska arbetsmiljöarbetet	Ja	
Vävnadssamordnare i VLL	Ja	
Årsredovisning 2017	Nej	Platina
Åter- och kompletteringsinvesteringar IT/MT VLL	Ja	
Återanmälan av beslut fattade med stöd av delegation eller vidaredele-gation inom Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde	Ja	
Återanmälan delegation/vidaredelegation LTS	Nej	
Ärendeberedning VLL	Nej	Register VO SHV
Ärendeberedning VO SHV	Ja	
Överläkarkriterier vid NUS	Ja	