

Uppföljning av internkontroll 2018

Dnr 0342-2019

Förslag till beslut

Regionstyrelsen beslutar godkänna uppföljning av internkontrollplan 2018.

Ärendet

Syftet med intern kontroll är att främja en fungerande ledning av Region Norrbottens verksamhet genom att förebygga och hantera risker, dra fördelar av möjligheter och starka sidor, kontinuerligt utveckla verksamheten samt utvärdera verksamhetens resultat. Intern kontroll är en del av regionens verksamhets- och ekonomistyrning.

Nedan redovisas en uppföljning av divisionernas planerade internkontrollmoment 2018 samt av de regionövergripande internkontrollmoment som regionstyrelsen beslutat om i oktober 2017. I uppföljningen redovisas resultaten av genomförda internkontrollmoment samt de eventuella förbättringsåtgärder som vidtagits eller planeras.

Division Länssjukvård

Utbildning inom modern sjukvårdsledning, kontinuerligt arbete med att förbättringsmotorn används

Uppföljningen visar att 145 av divisionens chefer/nyckelpersoner har genomgått regionens flödesutbildning. Utbildning i daglig styrning har genomförts vid ett flertal tillfällen och 75 av divisionens chefer har deltagit.

Visualisera mål och resultat, ändamålsenlig stödverksamhet till vårdverksamheten

Divisionsledningen gör månatliga ”Go and see-möten” i verksamheten. Vid dessa tillfällen visas enhetens puls- och förbättringstavla samt de resultatuppföljningar som finns på enheten.

Fakturering utländska patienter

Rutiner för utbildning/information om förändringar som berör kassapersonalen finns. Personalen har erbjudits utbildning. Läs mer i avsnittet under Division Service nedan.

Division Närsjukvård

Tillgänglighet

För ett slumpmässigt urval av patienter vid Sunderby sjukhus har kontrollerats om patienter med fler än 365 dagar på väntelistan har fortsatt vårdbehov. Utifrån remissuppgifterna bedöms vårdbehovet kvarstå och inte vara av allvarlig karaktär.

Att lokal rutin för fast vårdkontakt och vårdplaneringsmöte finns i februari 2018

Att lokal rutin för fast vårdkontakt (FVK) och vårdplaneringsmöte finns har följts upp med en webbenkät och vid länsmöte primärvård. Uppföljningen visar att lokala rutiner är upprättade vid divisionens hälsocentraler utifrån hälsocentralernas förutsättningar.

Antalet flödesarbeten som har nått målen

Varje månad har närsjukvårdscheferna till ledningsgruppen rapporterat aktuell status på uppstartade flödesarbeten och antalet som nått mål. Goda exempel har presenterats på ledningsmöten för erfarenhetsutbyte. Knappt hälften av uppstartade arbeten har nått målet under 2018. Förbättringsarbetena tenderar att dra ut i tid, målformuleringarna är ofta ospecifika och förbättringsarbeten som involverar flera verksamheter är svåra att koordinera. Erfarenheten under året är betydelsen av att ha ständigt fokus på frågan och hålla takten i uppföljningen.

Genomförda hälsosamtal

Regionen har infört stöd för tidiga rehabiliteringsinsatser, där hälsosamtal utgör en viktig funktion för att fånga upp tidiga signaler på ohälsa hos medarbetarna. Divisionen har sett en positiv verkan genom att införa hälsosamtal. Metoden används av cheferna och de upplever hälsosamtalen som ett bra stöd i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet.

Fakturering utländska patienter

Se avsnittet under Division Service nedan.

Division Folk tandvård:

Divisionen har följt upp aktiviteter riktade mot förbättrade flöden för en förbättrad ekonomi.

Genomförande av förändringsledning

Resultaten i förändringsarbetet är mycket varierande. Huvudsakligen har takten i omställningen inte överensstämmt med målbilden. En åtgärd är att krav och mål för förbättringsarbetet ska tydliggöras och att uppföljningen kompletteras/intensifieras.

Ledning av förändringsarbete

Progressen i förändringsarbetet följs upp löpande genom avstämning chef till chef, självskattning av flödesorientering, Go-and-see samt chefsenkät med spindeldiagram. Dessa uppföljningsåtgärder ska fortsätta och intensifieras men också kompletteras med tre nya styrmått 2019 och en gemensam modell för produktionsplan och veckovisa uppföljningar mot produktionsplaner

Division Service

Fakturering utländska patienter

Medarbetare från Patientkontoret har utfört ett kartläggningsarbete kring fakturering av utländska patienter. Arbetet har dokumenterats i en rapport som beskriver tillvägagångssätt, resultat samt förslag till åtgärder.

Resultat av kartläggningen visar bland annat att mottagningar som har planerad vård har större möjlighet att lära sig regelverket för fakturering. Det finns dessutom kassapersonal på dessa mottagningar vilket underlättar. På akut-mottagningar är det svårare att hålla alla uppdaterade på regelverk och rutiner. Mottagningarna upplever att språk kan vara problematiskt vid ifyllande av hjälpblankett med tillhörande intyg.

Under perioden år 2013-2017 har avskrivningar motsvarande 1,8 mnkr gjorts avseende patienter med utlandsadress. Cirka 50 procent av det totala avskrivningsbeloppet kan härledas till patienter där adressen är så ofullständigt att fakturan inte kan nå fram till patienten. Slutenvården står för mer än hälften av avskrivningsbeloppet (55 procent) följt av öppenvården (38 procent).

I rapporten finns nedan i korthet beskrivna åtgärdsförslag presenterade:

- Förbättrat stöd och kontroller i det vårdadministrativa systemet
- För enheter som är överrepresenterade gällande belopp för avskrivna fakturor och fakturor som ligger kvar hos inkasso, bör information ges till budgetansvariga så att de kan förbättra rutinerna.
- Hjälpblanketter på andra språk tas fram
- För att minska andelen avskrivna fakturor hos finska patienter behöver noggrann kontroll av legitimation ske. På så sätt kan korrekt adress hämtas hos den finska motsvarigheten till Skatteverket till en låg kostnad.
- Division Länssjukvård och division Närsjukvård kommer tillsammans med patientkontoret utgå från rapporten och tillsammans besluta hur arbetet med åtgärder ska fortsätta under våren 2019.

Beslutade åtgärder genomförs

Kontroll av att åtgärder som tagits fram efter genomförda riskbedömningar verkligen genomförs.

Internkontrollen visar på brister i dokumentationen av riskbedömningar och vidtagna åtgärder. Det har därför inte varit möjligt att kontrollera om samtliga beslutade åtgärder har genomförts. I de fall som har kunnat följas upp så vidtas åtgärderna i ganska stor utsträckning. Efter vidtagna åtgärder genomförs som regel ingen ny riskbedömning och därmed säkerställs inte fullt ut att riskerna har eliminerats.

Åtgärder är att ta fram tydligare ledningsrutin för riskbedömning inom divisionen och förankra den med hjälp av en referensgrupp bestående av ett antal kvalitetssamordnare inom divisionen. För 2019 kommer en riskbedömnings-

plan att upprättas för prioriterade områden och internkontroll kommer att utföras för att följa hur arbetet fortlöper.

Division Länsteknik

Driftavbrott

Divisionen har kontrollerat rutinen för att se över och eventuellt justera överenskommelser med externa leverantörer. Kontrollen visar att dokumenterade rutiner finns men att de inte följs i den grad som är önskvärt. Några avtal har setts över och justerats under året men det saknas en systematik kring detta arbete. Divisionsledningen ska se över hur man ska nå ut med rutinen. Denna aktivitet ligger i divisionsplan 2019 för att säkra målet kring tillgänglig, stabil och säker MT/IT-miljö

Inköp

Kontroll har gjorts av divisionens rutiner kring inköp. En inköpsrutin är under framtagande men har pausats p.g.a. omorganisationsarbetet. Även om en dokumenterad inköpsrutin inte finns på plats så arbetar divisionsledningen aktivt med hantering av inköp; allt ifrån uppkomna behov/önskemål, äskande, upphandling till att utföra själva inköpet. Inköpsrutinen ska färdigställas. I den ska Länstekniks interna delprocesser kopplade till regionens investerings- och upphandlingsprocess visualiseras och rutiner länkas upp.

Driftstörningar i IT-miljön

Kontroll har gjorts av processer och rutiner vid driftstörningar i IT-miljön. För att skapa förutsättningar att snabbt få fokus på driftstörningar och åtgärda dessa finns processen "Major incident" framtagen. Uppföljningen visar att ett kontinuerligt arbete med att förtydliga och kommunicera ut roller och ansvar vad gäller Major incident-processen är nödvändig för att lyckas bibehålla en godkänd nivå på kunskap om och efterföljsamhet av processen.

Regiondirektörens stab

Återrapportering av delegationsbeslut

Totalt återrapporterades det 829 stycken delegationsbeslut till regionstyrelsen under 2018. Av dessa går 742 stycken att återfinna i diariet Ciceron, avdelningen för regional utvecklings system för hantering av bidrag samt upphandlingsenhetens system. Detta innebär att ca 10 procent av de återrapporterade delegationsbesluten inte har diarieförts. Ett informationsarbete krävs kring kravet på diarieföring av delegationsbeslut.

Bisysslor

Bolagsverkets register har samkörts mot antalet registrerade bisysslor i regionens diarium. Resultatet av kontrollen visar att Bolagsverket har 870 anmälda bolag för personer som är anställda hos Region Norrbotten, men endast 175 bisysslor finns registrerade i regionens diarium.

Under 2018 genomfördes en regionsövergripande information om ansvaret att anmäla bisyssla. Ny information och blankett har lagt upp på Insidan. Under 2019 har alla divisioner fått i uppgift att via cheferna medvetandegöra de som inte har anmält bisyssla om att göra det. Divisionsvis ska också dis-

kussioner föras om vilka bisysslor som regionen tillåter. Rutinen ska också förenklas. Regiondirektörerna i de fyra nordliga regionerna har även uppdragit till HR-direktörerna att göra en jämförelse av hur bisysslor hanteras i respektive region.

Egenkontroll rutiner/riktlinjer i dokumenthanteringssystemet VIS

Vårdokument ska upprättas, godkännas och publiceras i dokumenthanteringssystemet VIS. Systemet har versionshantering, ändringar är spårbara och automatiska påminnelser skickas ut om dokumentöversyn när dokument varit publicerade 11 månader. Om ingen översyn görs inom en månad från påminnelsen markeras dokumentet med ett rött utropstecken i publiceringssystemet Dokument+.

Stickprov har gjorts på 629 publicerade dokument. Av dessa har 78 dokument (14 procent) inte setts över inom utsatt tid. Resultatet av kontrollen ska skickas ut till hälso- och sjukvårdsdivisionerna för information. Efter önskemål har intervallet för dokumentöversyn ändrats från ett till två år från och 2019.

Protokollsutdrag skickas till:

Ekonomi- och planeringsdirektör