

Uppföljning internkontrollplan 2017 Region Norrbotten

Innehållsförteckning

Länssjukvård.....	3
Närsjukvård	4
Folktandvård.....	6
Service.....	8
Länsteknik	11
Regiondirektörens Stab.....	13

Länssjukvård

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Länssjukvård			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Utredningstid händelseanalys	Analys av all händelseanalyser inom divisionen under 2017.	En gång per år	<p>Målet är att kunna genomföra en händelseanalys inom 60 dagar. Divisionen når inte upp till målet på grund av att enstaka analyser har tagit väldigt lång tid dock genomförs övervägande delen inom 60 dagar.</p> <p>En uppföljning (logg) av alla händelseanalyser visar att den förlängda analystiden beror på svårigheter att samla analysteamerna, särskilt när båda vårddivisionerna är involverade. Divisionen har under året bytt chefläkare.</p> <p>Uppdatering av rutinen för händelseanalyser inom division länssjukvård är genomförd och ett nytt verktyg (Nitha) för dokumentation av händelseanalyser är infört.</p>	Verktyg (Nitha) för dokumentation av händelseanalyser är infört.
Leanspel utfört av alla anställda i staben	Divisionen erbjuder utbildning under 2017.	Utbildning vid två tillfällen under året	Alla medarbetare i staben har genomfört Leanspel.	
Rutin för anhörig vid sjuktransporter	Stickprov	Delårsvis	Granskningen av verksamhetsområdenas rutin för medföljande anhörig är inte avslutad. Granskningen syftar till att fastställa om vi har enhetliga och ändamålsenliga rutiner.	

Närsjukvård

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Närsjukvård Carina Wribe/Mari Conrad			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Kodning av besök/vårdtillfälle vid PCI	Verksamheten vid KC hjärtsjukvård har gjort en granskning av alla journaler under 2017 för att kontrollera om verksamheten har kvalitetsbrister i kodningen.	1 gång under 2017	Peripheral Component Interconnect (PCI) är en åtgärd för att vidga hjärtats kranskärl vid förträngning. En PCI kan vara planerat ingrepp efter besvär en längre tid, eller akut om förträngningen uppstår plötsligt som vid en hjärtinfarkt. Tre olika patientgrupper kan vara i behov av PCI-behandling. Akuta fall med pågående hjärtinfarkt, halvakuta fall där man kan se tecken på risk för hjärtinfarkt, samt de planerade fallen där patienten t ex lider av kärlkramp. Granskning har skett avseende alla journaler vid KC Hjärtsjukvård.	Resultatet av genomgången har lett till en rutin för att skapa enhetlig kodning på kliniken som följer socialstyrelsens riktlinjer.
Kvalitet i handledning avseende sjuksköterskor och specialtjänstgörande läkare	<p>Handledning för ST Handledning för ST utvärderas enligt plan.</p> <p>Sommar- mentorskap Sommar mentorskap följs upp i samband med utvärderingen</p>	1 gång per år	<p>ST studierektorer finns utsedda inom alla verksamheter. ST får den handledning de behöver. Dialog med ST studierektor och chef. Uppföljning ”mitt i ST” genomförs.</p> <p>De flesta nyutbildade och nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor har erbjudits en mentor/handledare under sommaren. Det följs upp individuellt på uppföljningssamtal av introduktion och på medarbetarsamtal. Gäller</p>	<p>Önskvärt resultat är att vi får behålla och kan utveckla befintlig personal.</p> <p>Introduktionsåret liksom mentor för sommarpersonal har fallit väl ut och ska fortgå även denna sommar/detta år.</p>

	<p>av sommaren på DDUS.</p> <p>Introduktion för ssk Introduktionsveckor/ introduktionsår följs upp av respektive chef.</p>		<p>även mentorerna. De har gjort i ordning en mapp för nyanställda där viktig information om arbetsplatsen finns med. Där de inte har haft mentorskap har de istället inskolningar 2-3 veckor.</p> <p>Mentorsträffarna har enligt samtliga adepter varit uppskattade. De som haft traineespår med grundutbildade sjuksköterskor har en utsedd mentor och ett program att följa. Mindre arbetsplatser/hälsocentraler har inte haft behov av särskilda mentorer utan anser att de får den kontakten ändå av en eller två rutinerade sjuksköterskor.</p> <p>Nya sjuksköterskor får en introduktion på 2-3 veckor vid start. Det är lite olika vad det innehåller och vilket material de har fått innan.</p>	<p>Sommarmentorskapet har utvecklats till en ny struktur för arbetsplatscoach/ mentorskap. Information kommer att läggas ut på chefsnytt.</p> <p>Ett koncept för individuellt introduktionsår är klart hösten 2018 för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga med sitt uppdrag och trivas på arbetsplatsen.</p>
--	---	--	--	--

Folktandvård

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Folktandvård			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Granska divisionens kontroller av att rätt pris debiteras på leverantörsfakturer avseende tandvårdsspecifikt upphandlade varor	Stickprov 6 fakturer > 10tkr från 3 olika leverantörer 2 folktandvårdsspecifika avtalsområden	1 gång under 2017	<p>Kontroller ok.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rätt pris enligt avtal på artiklar enligt gällande upphandlade avtal. Rabatt rätt för två av leverantörerna. Den tredje syntes rabatten inte på fakturan. Den var inbakad i priset vilket var info vi fick per telefon från leverantören. Beräkningar rätt <p>Övrig observation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det finns många olika dentala förbrukningsartiklar. En stor del av artiklarna köps på rabatt. Det finns inget i avtalet om höjning av denna prislista och höjningar görs. Priser i avtal(4 år gamla) som löpt ut utan att ny upphandling är klar var höjda 9-22%. I några enstaka fall har inköparen valt av någon orsak köp nr 2 i upphandlingen – 15% dyrare. 	Återkoppling skett till Lena Fleuron som håller i upphandlingsgrupperna i Folktandvården.

<p>Granska följsamhet till riktlinjer för journalföring</p>	<p>Stickprov per samtliga ATV-behandlare 2 usjournal barn 2 us journal vux" 2 akutjournal</p>	<p>1 gång under 2017</p>	<p>Generellt är följsamheten i allt det väsentliga tillfredsställande.</p> <p>På individnivå finns de som skriver för mycket och andra som med fördel skulle kunna skriva lite mer.</p> <p>Mer allmänna förbättringsområden som noterats är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Röntgenbildtagningen 	<p>Varje behandlare har fått återkoppling med eventuell individinsats.</p> <p>Handlingsplan har tagits på kliniker/verksamhetsråden för att åtgärda brister som noterats i granskningen.</p> <p>På övergripande i nivå i Folk tandvården kommer utbildning/utbildningsmaterial tas fram med inriktning på de viktigaste förbättringsområdena.</p> <p>En uppföljningsgranskning av delar av journalföringen där risk fel finns och förbättring kan ske..</p>
---	---	--------------------------	---	---

Service

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Service Carina Thurfjell			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Följsamhet till regelverk för sjukresor avseende specifika krav från patient (Beställningscentralen)	Avstämning med ansvarig	Årlig	<p>Kontroll av regeltillämpning vid beställning av sjukresa med taxi från sjukvården har efter riskbedömning ersatts av förbättringsarbete med utgångspunkt från uppföljningen av beslutade åtgärder utifrån revisionsrapport 2012.</p> <p>Kontroll av regeltillämpning av beställning av sjukresa med taxi till vården har inte kunnat genomföras enligt plan på grund av IT-systemet inte stödjer ändamålsenlig uppföljning. Rutin finns på beställningscentralen och den följs upp lokalt.</p>	
Uppföljning av beslut från ledningens genomgång	Avstämning med ansvariga för beslutspunkter	Årlig	<p>Beslutspunkter från ledningens genomgång 170316 och utfall:</p> <p>1. Utredda byggprocessfrågan i syfte att klargöra vilka delar som ska omfattas av vårt ISO certifikat. Klargöra vad vi menar med Fastighetsförvaltning. Vilka delar ingår i begreppet fastighetsförvaltning t.ex. om drift är en ingående del.</p> <p>Utfall: Förslag att drift och förvaltning ska ingå i certifikatet. Däremot inte bygg-/investeringsprocessen, då den till stor del ägs av staben och de beställande divisionerna.</p> <p>2. Ta fram en tids-/genomförandeplan för certifiering av verksamheterna lokalvård SY, vaktmästeri</p>	De punkter som inte är genomförda kommer att tas upp för nytt beslut på kommande ledningens genomgång under Q1 2018

			<p>PE, vaktmästeri GE/KA och projektkontoret. För en certifiering under 2018.</p> <p>Utfall: Ej genomfört.</p> <p>3. Ta fram en gemensam plan för kundundersökningsaktiviteter för verksamhetsområdena. Planen ska styra mot vilka målgrupper kundundersökning ska göras, hur aktiviteten ska beredas, utföras och hur resultatet ska tas om hand. Verksamhetscheferna ansvarar för att lyfta fram vilka kritiska resultat som ska analyseras för ledningsgruppen.</p> <p>Utfall: Årsplan framtagen.</p> <p>4. Att fastställa FM:s framtagna servicegradmodell på nästa ledningsgruppsmöte.</p> <p>Utfall: Formellt beslut är inte fattat i divisionsledning. Servicegradmodellen kommer att tillämpas på områden där behov finns.</p> <p>5. Välja ut pilot för att påbörja dokumentation och mätning av kvalitetsbristkostnad i Synergi. Utvärdera i ledningsgrupp</p> <p>Utfall: Värdeflödesanalyser pågår.</p> <p>6. Göra urval av avslutade avvikelser i syfte att kvalitetsgranska dem. Urval för kvalitetssamordnare att granska och analysera som kvalitetsgruppen sammanställer</p> <p>Utfall: Aktiviteten har delegerats ut till divisionens internrevisorer. Utvärderas efter sammanställning av 2017 års interna revisioner.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>7. Fortsatt kartläggning av internkontroll för FM. Kvalitetsgrupp får i uppdrag att ta reda på vilka internkontroller som utförs idag samt ta fram en ledningsrutin för internkontroll.</p> <p>Utfall: Kartläggning är utförd och sammanställning för FM finns. Ledningsrutin är framtagen.</p> <p>8. Genomföra analys av åtgärder från riskanalyser som genomförts, att beakta vikten av att göra ny riskbedömning efter genomförd åtgärd.</p> <p>Utfall: Riskanalyser har genomförts på ett stort antal enheter och processer, men rapportering av åtgärder och analys saknas.</p> <p>9. Uppdrag att se hur riskanalyserarbetet kopplas från verksamhet mot process.</p> <p>Utfall: Beslut att inte genomföra då omorganisation genomförts i divisionen där vi har gått från process-till linjeorganisation.</p>	
Krav att åtgärdsbeskrivning finns i synergiärenden	Avstämning med ansvarig för aktiviteten	Årlig	Genomfört. Förändring har skett i Synergi så att åtgärdsbeskrivning nu är ett tvingande fält.	

Länsteknik

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Länsteknik			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Uppföljning av kännedom om och efter levnad av incidentprocessen	Stickprov/Intervju	Hösten 2017	<p>Divisionen arbetar aktivt med att informera och utbilda kring incidentprocessen. Processbeskrivningen finns tillgänglig för alla Länstekniks medarbetare i ledningssystemet "Huset" som nås via Insidan (länkad till Länstekniks samarbetsyta i VIS). Processen finns även beskriven med en instruktionsfilm på Kunskapsbanken. Divisionens samtliga medarbetare har fått utbildning i processen och Kompetenscentrum arbetar aktivt med att divisionens nya medarbetare får utbildning inom området. Information kring incidentprocessen är ett kontinuerligt pågående arbete inom divisionen för att säkra att processrutinen efterlevs och processen förbättras. Den nyaste satsningen är att ta fram posters med information som ska placeras runtom i Länstekniks lokaler.</p> <p>Processen ska bl.a. mätas med antal öppna och stängda incidentärenden samt antal och procent som hanteras inom viss tid, saknar registrering eller är felaktigt registrerad. Denna uppföljning ser man i nuläget brister i då det inte finns tydliga arbetsmetoder för att få fram all data. Detta är dock välkänt och arbete för att förbättra mätning sker aktivt.</p>	Aktivt kontinuerligt och konsekvent arbete för att informera om rutinen samt förbättra uppföljning.
Genom stickprov säkerställa att verklig placering av datorer stämmer överens med registrerad plats i Medusa	Stickprov/Intervju	Hösten 2017	Genom stickprovskontroll kan divisionen konstatera att placering av datorer alltför ofta inte stämmer mot registrerad plats i Medusa. Orsak till detta är att medarbetarna vid flytt eller byte av tjänst inom regionen oftast tar med sig datorn utan att informera om detta till Länsteknik. Detta kan härledas till	Fundera på en möjlig rutin som skulle kunna länkas upp på ex. chefguiden.

			avsaknad av rutin. Denna information är mer informell och når därmed inte ut till alla medarbetare.	
Uppföljning av införande av pullprintlösningar för regionens skrivare	Intervju	Hösten 2017	<p>Införande av pullprint, dvs. där utskrifterna tas ut med hjälp av Siths-kort, har tagit fart under andra halvåret 2016. Totalt för regionen finns cirka 1 200 st skrivare som behöver bytas ut till denna nya lösning.</p> <p>Hittills har pullprint införts på 354 enheter. Mottagandet är positivt vid de verksamheter där pullprint har införts.</p> <p>I och med införandet kan också avveckling av gamla skrivare, kopiatorer och faxar ske och hittills har regionen kunnat avveckla totalt 317 av denna typens utrustning.</p> <p>Drygt 5 miljoner utskrifter har hanterats av pullprint serverna och cirka 250 000 sidor av dessa har inte skrivits ut. Dessa skulle med gammal teknik mest troligt ha skrivits ut och blivit liggande i skrivaren.</p> <p>Fram till årsskiftet 2017 har vi sparat 15 träd, 6 693kg CO2 i utsläpp och 2 425 m3 vatten. Vi har dessutom sparat cirka 18 700 kWh/år genom att cirka 300 färre lokala enheter förbrukar elström.</p>	Divisionen har inga anmärkning- ar/åtgärdsförslag/förbättringar att komma med gällande utrullningsarbetet kring pullprint.

Regiondirektörens Stab

Division/Stab/verksamhet Uppgiftslämnare (namn)	Regiondirektörens stab			
Avser år	2017			
Kontrollaktivitet	Kontrollmetod	Frekvens	Uppföljning/resultat	Eventuella Åtgärder/förändringar
Sjukresor: Kontroll av avvikelser från regelverket gjorda av Beställningscentralen samt rutiner för medicinska bedömningar inom sjukvården	<p>Uppföljningen har skett genom förfrågningar hos Läns- och Närsjukvård samt via sökningar på regionens Insida, Norrbotten.se och VIS.</p> <p>Utredning av rutiner är genomfört. Avsaknaden av registrering i TI-stöd gör att kontroll av avvikelser ej genomförts.</p>	<p>En utredning genomfördes efter uppdrag från landstingsstyrelsen att bl a. följa upp att bedömningsrutinen för sjukresor från vårdinrättningar är känd av och tillämpas av verksamheterna.</p>	<p>- Rutiner och checklistor för hantering av sjukresor samt standardiserat intyg för medicinsk bedömning av färd sätt finns framtaget och tillhandahålls via Insidan till medarbetarna. Den medicinska bedömningen görs i en mall som skickas till Beställningscentralen. Få verksamheter känner till att bedömningen ska dokumenteras i VAS. Det finns framtagna rutiner för hur dokumentation av beslut om val av färdmedel i patientens journal ska göras i VAS.</p> <p>- Det finns brister i rutinerna, medarbetarna känner inte till eller bortser från regelverket eftersom det upplevs som krångligt. Befintliga verktyg är inte anpassade till det praktiska arbetet med att beställa sjukresa. Implementeringen av regler och rutiner för sjukresor har följaktligen inte lyckats fullt ut.</p> <p>- Områden med risk som framkommit är kännedom om regelverket, verktyg för att tillämpa regelverket samt regelverkets anpassning till den praktiska vardagen i vården.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Justering av regelverket så att medarbetarna tycker det är enkelt att följa när en sjukresa ska beställas. •Undersök möjligheten att ta fram en funktion i VAS som gör det enkelt att överföra information till beställningscentralen. •Nya regler och rutiner tas fram i samverkan med vårddivisionerna

<p>Ekonomi o planering: Privata vårdgivare: Stickprov av nationella taxan för att säkerställa att rätt ersättning utbetalats</p>	<p>Kontroll görs i samband med registrering av inkomna fakturor.</p>	<p>Löpande</p>	<p>I samband med kontroll av fakturor har en del felaktigheter uppdagats. Dessa har administrativ service hanterat direkt, genom kontakt med berörd vårdgivare. Vid större felaktigheter har ansvarig strateg kontaktats.</p>	<p>En ny rutin är framtaget där slutansvaret för kontrollen förtydligas. I rutinen ingår även en ny struktur för dokumentation av alla felaktigheter. Målet är att detta ska leda till bättre kontroll och möjlighet till uppföljning.</p>
--	--	----------------	---	--