

Uppföljning av intern kontroll 2016 för Landstingsdirektörens stab

Lab-kostnader för läkare på nationella taxan

Mål och metod

Varför görs uppföljningen?

Uppföljningen görs för att kontrollera att fastställda regler och riktlinjer inom området följs.

Riskbedömning

Laboratieverksamhet inom patologi och cytologi är en upphandlad och sköts av Unilabs. Kostnader för denna typ av analyser som läkare på nationella taxan beställer belastar landstinget. Läkaren som beställt analyser sakat-testerar fakturan och beslutsattestering sköts av beställansvarig på Ekonomi- och planeringaavdelningen.

Kostnader för patolog- och cytologanalyser ökade markant 2015. Det fanns skäl att kontrollera om det finns brister i fakturering eller gällande indikationer för provtagning.

Vad ska konkret följas upp?

- Att debiterad kostnad för analys stämmer med fastställda prislistan.
- Att indikation för provtagning följer medicinsk praxis och rutiner.
- Att det finns journaldokumentation kopplad till fakturerade analyser

Vilken tidsperiod omfattar kontrollaktiviteten?

- Stickprov för beställda analyser under 2015 och 2016.

Hur ska uppföljningen göras?

Vad ska granskas?	Metod	Urval
Prissättning av analyser	Granska om fakturerad pris är samstämmig med prislistan	Treportion reflex HPV och Treportion- analyser. Fakturer avseende en läkare (gynekolog) verksam på nationella taxan som uppmärksammat ev. feaktigheter i debitering jämfört med det hon beställt
Indikation av provtagning samt kontroll av journalföring av beställda analyser	Journalgranskning	Journalgranskning av ett urval av analyser som en läkare verksam på nationella taxan beställt. Omfattande skopiverksamhet och omfattande provtagning jämfört med övriga läkare verksamma på nationella taxan.

Ansvar

Verksamhetsområde:	Nationella taxan
Ansvarig enhet:	Ekonomi- och planeringsenheten
Chef:	Tarja Lepola
Utförare:	Elisa Lindgren, beställansvarig

Resultat

Granskning av prissättning av Treportion och Treportion reflex HPV har indikerat att det finns en praxis att utföra den mer omfattande analysen om inte beställande läkaren varit tydlig med att en enklare analys är tillräcklig. Kostnad för den mer omfattande analysen är 772 kr/analys och den enklare analysen kostar 325 kr/analys.

Kontakt har tagits med verksamhetschef för laboratoriemedicin, som är ansvarig för avtalsuppföljning, för att påtala ev. oklarheter kring dessa analyser. Detta skedde 2016-02-24

Granskning gällande läkaren med omfattande skopiverksamhet och omfattande provtagning visade att faktureringen från Unilabs stämde med beställda analyser. Vid journalgranskning framkom att provtagning i form av biopsier tagits vid 19 av 35 fall med, enligt journalerna, makroskopiskt normalt fynd vid undersökningarna. I journaltext framgick i dessa fall inte orsak till provtagning. Om prover tas utan rimlig medicinsk indikation finns risk för undanträngningseffekter på redan belastade enheter som laboratorier.

Granskningen är genomförd 2016-10-07

Förbättringsförslag

Avtalsuppföljning bör genomföras och bör omfatta granskning av prissättning och att det finns tydliga riktlinjer för analysbeställning och genomförandet av analyser.

Dialog bör föras med läkare verksamma på nationella taxan om medicinska indikatorer för provtagning. Det är viktigt att samma riktlinjer följs oavsett om läkaren är anställd av Region Norrbotten eller verksam enligt nationella taxan.

Internkontroll - Följsamhet till ledningssystemet för patientsäkerhet

Bakgrund

I landstinget egenkontroll för 2016 ingick att utföra internkontroller. Ett av områden för internkontroll var följsamhet till ledningssystemet för patientsäkerhet. Kravet på kvalitetsledningssystem utgår från föreskriften SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Föreskrifterna och de allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Syfte

- Följsamhet till ledningssystemet för patientsäkerhet.

Tillvägagångsätt

Internkontrollen har genomförts på följande sätt;

- Sökning i VIS; använda sökord var, ledningssystem och patientsäkerhet med filter på området ”Beslutsnivå” för Verksamheten. Sökningen gav 306 träffar. Efter genomgång åtestod ca 20 dokument.
- Genomgång av 2016 års patientsäkerhetsberättelser
- Riktade frågor via mail/telefon till divisionerna.
- Uppföljning mot handlingsplan för patientsäkerhet

Följande indikatorer har följts upp;

- Finns ett ledningssystem för patientsäkerhet som utgår ifrån det övergripande?
- Finns rutiner för avvikelshantering, patientrelaterade avvikelser?
- Finns rutiner för riskanalys?
- Finns rutiner för hantering av klagomål och synpunkter?
- Finns rutiner för anmälan enligt lex Maria?
- Finns rutiner för egenkontroll?
- Används checklistan för kvalitetsledningssystemet?
- Är strategi och handlingsplan för patientsäkerhet känd?

Resultat

Fortfarande är det bara ett fåtal verksamheter som har ett eget nedbrytet ledningssystem för patientsäkerhet men en utveckling har skett under året.

Rutiner för avvikelshantering, patientrelaterade avvikelser, hantering av klagomål och synpunkter och egenkontroll finns upprättade inom de flesta verksamheterna. Arbeten har påbörjats och pågår, men på enhetsnivå finns fortfarande vissa brister.

Rutiner för anmälan enligt lex Maria och riskanalys hänvisas till övervägande del till det övergripande ledningssystemet för patientsäkerhet.

I handlingsplanen för patientsäkerhet finns mål och aktiviteter uppsatta som är relaterade till ledningssystemet se bilaga 1.

Strategin och handlingsplanen för patientsäkerhet är till viss del känd. Divisionstaberna och verksamhetsledning känner till dokumenten men på enhetsnivå är dokumenten inte lika kända.

Folktandvården

I folktandvården finns ett ledningssystem för kvalitetsarbete som bygger på föreskriften SOSFS 2011:9 och det övergripande ledningssystemet för patientsäkerhet. De har även ett rutindokument för självgranskning med checklista för uppföljning av ledningssystemet.

Uppföljning av följsamhet sker framförallt i patientsäkerhetsberättelsen samt i den ordinarie strukturen för uppföljning.

Länssjukvården

Inom länssjukvården pågår ett arbete på divisionsnivå med ett övergripande kvalitetsledningssystem. I det ingår det regionövergripande ledningssystemet för patientsäkerhet som anpassats för divisionernas verksamhet. En gemensam mall för sidan tas fram och länkar finns till ledningssystemets rutiner och riktlinjer etc. I kvalitetsledningssystemet finns rutiner för avvikelser, klagomål och synpunkter samt rutiner för uppföljning, egenkontroll.

Följande verksamhetsområden inom länssjukvården har upprättat egna ledningssystem;

- Kir/Urol
- Öron-, näsa-, hals
- Bild- och funktionsmedicin

Uppföljning av följsamhet sker framförallt i patientsäkerhetsberättelsen samt i den ordinarie strukturen för uppföljning

Närsjukvården

Sammanställning från närsjukvården för 2016 visade att 88 % av alla enheter har ett planerat och organiserat patientsäkerhetsarbete utifrån sitt eget ledningssystem. 85 % av all personal i närsjukvården. Inom närsjukvården har utbildning genomförts i att rapportera avvikelser och i grundläggande kunskap om patientsäkerhet. När det gäller egenkontroller, så utför 77 % kontinuerligt egenkontroller i sin verksamhet.

Patientsäkerhetssamordnare på verksamhetsnivå har via utbildningen fått kännedom hur ett lokalt ledningssystem för patientsäkerhet ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska vara känt och följas av medarbetare, men även att man på den egna enheten har kunskap om hur man genomför en mindre eller mer omfattande analys av inträffade händelser på ett kvalitetssäkrat sätt. Syftet med utbildningen har varit att på verksamhetsnivå säkra en funktion med kompetens att arbeta som lokalt stöd i patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av följsamhet sker framförallt i patientsäkerhetsberättelsen samt i den ordinarie strukturen för uppföljning.

Länsteknik

Inom verksamheten finns ett kvalitetsledningssystem och i det ingår patientsäkerhet. I kvalitetsledningssystemet finns rutiner för avvikelser, klagomål och synpunkter samt rutiner för uppföljning, egenkontroll.

Service

Inom verksamheten finns ett kvalitetsledningssystem och i det ingår patientsäkerhet. I kvalitetsledningssystemet finns rutiner för avvikelser, klagomål och synpunkter samt rutiner för uppföljning, egenkontroll.

Uppföljning av följsamhet sker framförallt i patientsäkerhetsberättelsen samt i den ordinarie strukturen för uppföljning

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns en följsamhet till ledningssystemet för patientsäkerhet och att en ökad följsamhet har skett under 2016 jämfört med tidigare år. Fortfarande finns brister med att tydliggöra den röda tråden mellan olika nivåer, att visualisera ledningssystemet och att systematisera uppföljning och strukturera egenkontrollen.

Under senare delen av 2016 har en revision genomförts som är riktad att granska kvalitetsledningssystemet i regionen. Utifrån revisionsresultatet kommer troligtvis förbättringsområden att framkomma.

MT-investeringsprocess

Mål och metod

Varför görs uppföljningen?

Den snabba teknikutvecklingen inom vården medför en allt högre komplexitet avseende medicintekniska investeringar. De kontinuerliga investeringarna bidrar till nya fristående utrustningar och system och i allt större utsträckning nya kompletta systemlösningar samt integrationer till befintliga system, som ställer allt högre krav på samordning av påverkande faktorer.

I och med en ökad komplexitet och med ekonomi och kvalitet i fokus så ställs det allt högre krav på framförhållning, prioritering, samordning och resurssäkring. För att kunna möta upp till detta har regionsledningen beslutat att införa en ny process för beredning och beslut av landstingets investeringar. Processen ska säkra och ta fram en samlad bild av landstingets samtliga investeringar av medicinteknisk utrustning, medicinska informationssystem, övriga inventarier och Fastigheter utifrån medicinska behov, övriga verksamhetsbehov, säkerhetsaspekter, legala aspekter, arbetsmiljö och personella- samt ekonomiska resurser.

Riskbedömning

Om inte processen följs kan det innebära att Regionen ej kan planera för sina investeringar på ett systematiskt sätt vilket skapar sämre förutsättningar för att säkerställa att rätt investeringar görs ur ett verksamhets- och patientsäkerhetsperspektiv samt även ur ett ekonomiskt, juridiskt och arkitekturperspektiv. Det skapar även svårigheter för samtliga resurser som är inblandade

i ett införande då framförhållningen blir allt för liten. För en bra hantering i alla steg från behov till införande krävs en strategisk och långsiktig investeringsplanering.

Vad ska konkret följas upp?

- Att investeringsprocessen är införd och gäller för hela regionen.
- Att ett IT-stöd för processen är infört för hela regionen
- Att division Länsteknik övertar ansvaret för investeringsplaneringen för Medicinsk Teknik enligt gällande uppdrag.

Vilken tidsperiod omfattar kontrollaktiviteten?

- Aktiviteter till och med 2016

Hur ska uppföljningen göras?

Vad ska granskas?	Metod	Urval
Att investeringsprocessen gäller för hela regionen	Projektmål. Avrapportering	Regionen
Att ett IT-stöd för processen är infört för hela regionen	Projektmål. Avrapportering.	Regionen
Att division Länsteknik övertar ansvaret etappvis för investeringsplaneringen för medicinteknisk utrustning	Mål i uppdrag. Avrapportering.	Produkttyper enligt gällande uppdrag. Utökas årligen med målet att samtlig medicinteknisk utrustning omfattas.

Ansvar

Verksamhetsområde:	IT-/MT-avdelningen
Ansvarig enhet:	IT-/MT-avdelningen
Chef:	Anders Nordin
Utförare:	Göran Eriksson

Resultat

Att investeringsprocessen gäller för hela regionen

En investeringsprocess för Regionens investeringar med tillhörande processbeskrivning finns framtagen och är kommunicerad.

Rutiner som hör till investeringsprocessen är framtagna, kommunicerade och publicerade på insidan.nll.se

Att ett IT-stöd för processen är infört för hela regionen

Ett IT-stöd från Square Moon – Prio, är infört för en ökad transperans, effektivitet, kvalitet och ett minskad manuellt arbete då attestflöden samt ekonomisk uppföljning kan hanteras i systemet.

Prio.nll.se

Att division Länsteknik övertar ansvaret etappvis för investeringsplaneringen för medicinteknisk utrustning enligt gällande uppdrag

Grunduppdraget finns formaliserat och utökas etappvis. Uppföljning enligt uppdraget redovisas för IT-/MT-avdelningen.

[Uppdrag - Investeringsansvar för medicinteknisk utrustning](#)

Regionala utvecklingsmedel

Mål och metod

Varför görs uppföljningen?

För att kontrollera varför inte hela det beviljade bidraget inte rekvirerats.

Riskbedömning

Om inte projektägarna/stödmottagarna rekvirerar hela sitt beviljade bidrag och ingen uppföljning har skett för att kontrollera om projektet är avslutat så ligger medel uppbokade på balanskontot som istället skulle kunna användas till att bevilja nya projektmedel till andra sökanden.

Vad ska konkret följas upp?

- Varför projektägare inte rekvirerat hela sitt beviljade bidrag och inte heller meddelat att projektet är avslutat.

Vilken tidsperiod omfattar kontrollaktiviteten?

- Bidrag som beviljats under 2012 – 2014.

Hur ska uppföljningen göras?

Vad ska granskas?	Metod	Urval
Ej avslutade projekt	Titta i avstämningsfilen Kontrollera i akt-mappen	De som har uppbokade medel kvar

Ansvar

Verksamhetsområde:	Regional utveckling
Ansvarig enhet:	Avdelningen för regional utveckling
Chef:	Anna Lindberg
Utförare:	Greta Isaksson, Carina Jenslid

Resultat

Vi ser att rutinbeskrivningen för regionala utvecklingsmedel inte innefattar hur man hanterar projekt som inte avslutats i tid och medel återförts.

Förbättringsförslag

Lägga in i rutinbeskrivningen att beviljade projekt som inte avslutats inom projekttiden ska gås igenom och kommuniceras med projektägaren och komma överens om det ska avslutas och pengar ska återföras.

Intern kontroll av lönesättning

Syftet med lönebildningen

Region Norrbottens medarbetarpolicy är det övergripande styrdokumentet för HR-frågor. Som en del av medarbetarpolicyn finns det ett avsnitt om lönebildning. Region Norrbottens lönepolitik ska motivera till måluppfyllelse och bidra till att kunna rekrytera och behålla kompetenta medarbetare. Medarbetare ska stimuleras till engagemang och goda arbetsinsatser samt ta ansvar för att uppnå de uppsatta målen.

Region Norrbotten ska arbeta aktivt för att säkra jämställda löner mellan kvinnor och män. Region Norrbotten är en skattefinansierad verksamhet där lönepolitiska prioriteringar ska utgå ifrån en god ekonomisk hushållning och alltid baseras på Region Norrbottens ekonomiska förutsättningar.

Som ett komplement till medarbetarpolicyn om lönebildning finns det följande kompletteringar och anvisningar:

1. Ett styrdokument för lönebildning i Region Norrbotten
2. En rutin för chefer
3. En rutin för HR-medarbetare
4. En metod för att arbeta med landstingsgemensamt fastställda lönekriterier

Ny lön kan i princip endast ges vid två tillfällen, dels vid nyanställning och dels vid den årliga löneöversynen då prestationen under det gångna året ska bedömas. Ny lön kan även undantagsvis ges vid väsentligt förändrade arbetsuppgifter.

Lönesättning vid nyanställning (extern och intern) syftar till att placera in den arbetssökande på rätt lönenivå mot bakgrund av Region Norrbottens löneläge i den aktuella yrkeskategorin samt mot bakgrund av den arbetssökandes tidigare erfarenheter, utbildning och kompetens. Skälet är att säkra att alla medarbetare har rätt till en likvärdig bedömning utifrån erfarenheter, utbildning och kompetens med beaktande av marknadslöneläget. Dessutom medför en konsekvent lönesättning en högre grad av kostnadseffektivitet för Region Norrbotten.

För att säkerställa att styrdokumentet efterlevs ska anställande chef alltid lönesamråda med sin HR-partner innan den arbetssökande får ett förslag till lön.

Om chefen anser att det nödvändigt att föreslå en högre lön än HR-partnern föreslagit -eller att chefen- vill höja lönen med motivet att det är väsentlig förändrade arbetsuppgifter är det divisionens HR-chef som ska göra en samlad bedömning och därefter ta beslut. Denna förändring i delegationsordningen beslutades den 1 mars 2016 för att säkerställa att regionens styrdokument efterlevs.

Internkontroll i form av stickprov och uppföljningar gällande sjuksköterskor har påvisat att landstinget 2016 har färre lönesättningar som avviker mot regelverk och anvisningar. En utvecklingspotential finns emellertid fortfarande och ett arbete pågår därför att ytterligare styra upp lönesättningsbeslut i förhållande Region Norrbottens regelverk och med beaktande av marknadslöneläge.

Nedanstående tabell avser att påvisa hur många procent sjuksköterskor i landstinget som har fått en högre lön genom att byta tjänst till annan sjukskötersketjänst i regionen. I de fall att en löneförhöjning har skett har en skälighetsprövning alltid gjorts inför varje enskilt beslut om ny lön vid nyanställning.

Division	Antal lönesättningsbeslut	Erhållet högre lön
Närsjukvård	160	17%
Länssjukvård	62	3%

Forsknings- och innovationsenhetens internkontroll av beviljade interna medel

Mål och metod

Varför görs uppföljningen?

För att kontrollera att fastställda kriterier och rutiner för beviljade interna medel följs.

Riskbedömning

Om inte kriterier och rutiner följs kan det innebära att medel inte fördelas efter de fastställda kriterierna, vilka omfattar bedömning av projektets genomförbarhet huruvida det är forskning och att hänsyn tagits till fastställda strategiska mål.

Vad ska konkret följas upp?

- Att utlysningstexter och bedömningskriterier årligen följs upp och revideras vid behov.
- Att beslut gällande forskningsmedel tas av faställd grupp som består av företrädare med forskningskompetens inom olika yrkesprofessioner verkssamma inom Region Norrbotten, Luleå tekniska universitet och Umeå universitet.
- Att fastställda bedömningskriterier är förankrade och efterföljs i gruppen.
- Att medarbetare som ansökt om medel fortlöpande får besked om hur bedömningsprocessen framskrider.
- Att beslut om beviljade medel kommuniceras ut personligen till sökanden. I meddelandet framgår vilka kriterier som ska uppfyllas innan medel betalas ut.
- Att en sammanställning över beviljade medel kommuniceras på Insidan.
- Att de som får avslag på sin ansökan meddelas skriftligt om detta.
- Att medel används för det som beskrivits i ansökan.
- Att ekonomisk redovisning av medel sker efter avslutad projekttid.
- Att beslut om medel för etikansökan, språkgranskning, rese- och konferensbidrag och publikationsstöd meddelas sökanden.

Vilken tidsperiod omfattar kontrollaktiviteten?

- Ansökningsperiod för interna forskningsmedel är maj-oktober. Ansökningar görs i research web.
- Beslutsmöte för ansökningar är i november.

- Beslut till sökanden meddelas i december.
- Fortlöpande kontroll att nödvändiga handlingar från medarbetare som beviljats medel kommer in utförs av FoI samordnare.
- Kostnader kopplade till medarbetares projekt beslutsattesteras av FoI chef.
- Fortlöpande under året sker handläggning av medel för etikansökan, språkgranskning, rese- och konferensbidrag och publikationsstöd.
- Ekonomirapporter tas fram av FoI samordnare och avstämningar sker fortlöpande med FoI chef.

Hur ska uppföljningen göras?

Vad ska granskas?	Metod	Urval
Att medel har beviljats i enlighet med fastställda bedömningskriterier	Bedömningsgruppen uppdaterar sin kunskap om gällande bedömningskriterier en gång per år	Samtliga deltagare i bedömningsgruppen
Att hanteringen av ansökningar följer fastslagna rutiner	Kontroll varje kvartal genomförs av FoI samordnare	Samtliga ansökningar
Att avstämningar gällande projektekonomi sker fortlöpande.	Kontroll varje kvartal genomförs av FoI samordnare	Alla projektkonton

Ansvar

Verksamhetsområde:	Landstingsdirektörens stab/Uvecklingsavdelningen
Ansvarig enhet:	Forsknings- och innovationsenheten
Chef:	Karin Jones/Birgitta Nordström
Utförare:	

Resultat

Bedömningsgruppen hade inför ansökningomgången 2016 en genomgång av bedömningskriterierna. Samtliga ansökningar bedömdes utifrån fastställda kriterier. Samtliga ansökningar hanterades enligt rutin. Alla projektkonton kontrollerades vilket resulterade i balans på alla konton.

Ansökningomgången för interna medel 2016 innebar 48 ansökningar, varav 40 % sökte predoc-doc-postdoctid.

Förbättringsförslag

Tydliggöra kriterier och rutiner för vår interna handläggning av ansökningar i skriftliga dokument.

Tydliggöra kriterier och rutiner skriftligt i research web.

Besluta om strategiska satsningar för prioriterade yrkesgrupper och forskningsområden.