


2021-08-16

REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

För kännedom till
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra
sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

 Region Östergötland
Ank 2021-08-18
Dnr <u>SVN 2021-36</u>

SAMLAD UPPFÖLJNING AV TIDIGARE GENOMFÖRDA GRANSKNINGAR 2018-2019

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en samlad uppföljning av fyra tidigare genomförda granskningar 2018-2019. Dessa är Remisshantering, Förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter, Hot och våld inom hälso- och sjukvården samt Styrning, uppföljning och intern kontroll av investeringar.

Revisorerna har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade revisionella bedömning att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt säkerställt att åtgärder vidtagits med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i respektive granskning.
- Svar erhålls på revisionsrapporterna men det anges inte alltid tydliga åtgärder. Styrelse och nämnder rekommenderas därför att i skrivelser och svar tydliggöra vilka åtgärder som vidtas eller pågår i organisationen för att åtgärda identifierade brister.
- Åtgärder har vidtagits och pågår men är i regel inte genomförda. Riktlinjer avseende remisshantering uppfyller fortsatt inte Socialstyrelsens föreskrifter tillfullo.
- Återrapportering har skett eller ska ske enligt rutin. Nämnder rekommenderas att utarbeta rutin för uppföljning av att beslutade åtgärder vidtas.
- Vi rekommenderar att anpassning till ny lag gällande visselblåsarfunktion utreds och säkerställs.

Anders Senestad
Ordförande

Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: Revisionsrapport "Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar 2018-2019". Handlingarna finns tillgängliga på www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Revision/

Deltagare

REGION ÖSTERGÖTLAND 232100-0040 Sverige

Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: Anders Lennart Senestad

Anders Senestad
Förtroendevald revisor

2021-08-16 11:55:29 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: Anna-Lena Kerstin Sörenson

Anna-Lena Sörenson
Förtroendevald revisor

2021-08-17 05:08:57 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar 2018-2019

Region Östergötland

Augusti 2021

Karin Jäderbrink Projektledare, Certifierad kommunal revisor

Sofia Bengtsson Projektmedarbetare

Cecilia Claudelin Projektmedarbetare

Innehållsförteckning

Sammanfattande bedömning	2
Rekommendationer	2
Inledning	3
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	5
Avgränsning	5
Metod	3
Granskningsresultat	5
1. Remisshantering (2018)	5
2. Förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter (2018)	8
3. Arbetet mot hot och våld inom hälso- och sjukvården (2018)	10
4. Styrning, uppföljning och intern kontroll av investeringar (2019)	13

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar 2018-2019. Revisionsobjekt är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2021 och syftar till att bedöma huruvida åtgärder vidtagits med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i respektive granskning. Utifrån genomförd granskning är vår samlade revisionella bedömning att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden **inte helt** säkerställt att åtgärder vidtagits med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i respektive granskning.

Den samlade bedömningen grundar sig på bedömningen av respektive revisionsfråga. Svar erhålls på revisionsrapporterna men det anges inte alltid tydliga åtgärder. Vidare ser vi att åtgärder vidtagits och pågår men i regel inte är genomförda samt att återrapportering skett eller ska ske enligt rutin.

Sammanställd bedömning per tidigare granskning				
	Remiss- hantering	Förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter	Hot och våld inom hälso- och sjukvården	Styrning, uppföljning och intern kontroll av investeringar
1. Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?				
2. Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?				
3. Sker återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?				

Rekommendationer

- Styrelse och nämnder rekommenderas att i skrivelser och svar tydliggöra vilka åtgärder som vidtas eller pågår i organisationen för att åtgärda identifierade brister. Detta krävs för att få en tydligare uppföljning av att åtgärder vidtas utifrån politiska beslut.
- Nämnder rekommenderas att utarbeta rutin för uppföljning av att beslutade åtgärder vidtas.
- Utred och säkerställ anpassning till ny lag gällande visselblåsarfunktion.

Inledning

Bakgrund

Revisionsprocessen kan delas in i följande delar: Planering, genomförande och uppföljning. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta iakttagelser och förslag till åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa.

Region Östergötlands revisorer följer löpande upp genomförda granskningar i samband med dialoger och grundläggande granskning. Syftet med denna granskning är att genomföra en samlad uppföljning av fyra granskningar utförda åren 2018-2019.

Revisorerna har mot bakgrund av ovanstående och utifrån väsentlighet och risk beslutat att genomföra en samlad uppföljning av tidigare gjorda granskningar. Uppföljningen ingår i revisionsplanen för 2021.

Syfte och revisionsfrågor

Uppföljningen syftar till att bedöma huruvida åtgärder vidtagits med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i respektive granskning.

Bedömning sker av följande revisionsfrågor:

- Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?
- Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?
- Sker återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?

Avgränsning

Under perioden 2018-2019 har ett flertal granskningar genomförts. Denna granskning avser uppföljning av fyra fördjupade revisionsprojekt i vilka brister konstaterats. Granskningarna är:

- Remisshantering (2018)
- Regionens arbete med att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter (2018)
- Arbetet mot hot och våld inom hälso- och sjukvården (2018)
- Styrning, uppföljning och intern kontroll av investeringar (2019)

Revisionsobjekt är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Metod

Granskningen har genomförts genom genomgång av synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande revisionskrivelser samt beslut som fattats med anledning av revisionsrapporterna.

Lägesbeskrivningar har upprättats för respektive granskningsområde genom dokumentstudier samt intervjuer med berörda tjänstepersoner utifrån urval. Följande urval har gjorts för respektive granskning:

- Remisshantering: Ögonkliniken
- Oegentligheter: Sinnescentrum
- Hot och våld: Akutkliniken i Linköping samt psykiatriska kliniken i Norrköping
- Investeringar: Finspångs vårdcentrum

Totalt har 15 enskilda och gruppintervjuer genomförts genom videomöte. Utöver intervjuer med företrädare inom utvalda enheter har intervjuer genomförts med HR-strategiska enheten, säkerhetsenheten, enheten för applikationsförvaltning vårdssystem inom medicinsk teknik (tidigare centrum för verksamhetsstöd och utveckling, CVU), medicinsk direktör samt företrädare för ledningsstaben. Förtroendevalda från regionstyrelsens presidium har i samband med revisionens ordinarie dialoger redogjort vilka åtgärder som vidtagits i samband med styrelsens svar till revisorerna. Samtliga intervjuade har haft möjlighet att sakgranska rapporten.

Två förtroendevalda revisorer, Jan Gyllenhammar och Christian Nordin Olsson, har följt granskningen.

Granskningsresultat

1. Remisshantering (2018)

Iakttagelser

Sammanfattning av iakttagelser och bedömning i tidigare granskning

Den revisionella bedömningen var att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i begränsad utsträckning hade en ändamålsenlig remisshantering. På övergripande nivå fanns skriftliga direktiv (riktlinjer) men efterlevnad av Socialstyrelsens föreskrifter uppfylldes inte till fullo på verksamhetsnivå. Detta var även fallet vid granskningen 2011. Granskningen visade att regionövergripande riktlinjer och dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå inte var allmänt kända samt att dokumenterade rutiner och avvikelshanteringssystem inte användes i tillfredsställande omfattning. Uppföljningen bedömdes inte vara tillräcklig och riskbedömningar avseende remisshantering gjordes inte på ett systematiskt vis.

Svar på tidigare granskning och beslut om åtgärder utifrån granskningsresultat

I juni 2019 behandlade regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden ett svar på revisionsrapporten framtaget av ledningsstaben¹. Ledningsstaben instämmer i bristerna i regionens remisshantering. Ett förbättringsområde som lyfts är att öka berörda medarbetares kunskaper om befintliga funktioner i Cosmic för att få en effektivare och säkrare remisshantering. Vidare beskrivs möjligheten att utveckla Cosmic för att underlätta delar av remisshantering. Ledningsstaben bedömer även att regionen bör göra fler egenkontroller för att identifiera förbättringsområden. Slutligen anges att regionen vid tidpunkten för svaret står inför en förnyad upphandling av ett avvikelshanteringssystem.

Regionstyrelsen beslutar att i enlighet med ledningsstabens kommentarer beakta revisionsrapporten i det fortsatta arbetet samt att uppdra till regiondirektören att vidta lämpliga åtgärder och återkomma till regionstyrelsen med en rapport under hösten 2019. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att senast i januari 2020 återrapportera vidtagna åtgärder för att stärka remisshantering.

Vidtagna och genomförda åtgärder

I uppföljningen har Ögonkliniken intervjuats. Kliniken har uppdaterat remissrutiner och tagit fram nya rutinbeskrivningar, vilka uppges ha förbättrat remisshantering. En systematisering har skett avseende granskning av remisserna. Ansvariga roller och tidsgränser har förtydligats. Kliniken har även infört rutiner i syfte att säkra remisshantering vid frånvaro. Mer tid har allokerats till remisshantering och rutinerna uppges diskuteras regelbundet i teamen och vid olika möten.

Två nya dokumenterade rutiner har tillkommit för Ögonkliniken inom området. *Rutin inkommande vårdbegäran* saknar datum men uppges vara nyligen skapad i syfte att

¹ Regionstyrelsen 2019-06-11 § 121 samt Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-06-11 § 66

stärka kontrollen av remisserna. Ett utkast på en ny *Riktlinje för remisshantering* är framtagen som uppges vara resultatet av en grundlig genomgång som genomförts under våren. De två dokumenten tillsammans uppfyller dock inte Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) tillfullo. Det saknas angivelse av åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid. Intervjuade framhåller att det på grund av klinikkens stora inflöde av remisser finns det svårigheter med att förhålla sig till regionens övergripande rutiner.

Medicinsk direktör beskriver att det pågår genomgång och uppdatering av regionens riktlinjer i dokumenthanteringssystemet. Arbetet beskrivs ha startat efter regionens omorganisation i januari 2020, men det har pausats på grund av rådande pandemi.

I tidigare granskning identifierades brister avseende remissbekräftelse samt kallelse av patienterna inom utsatt tid. Intervjuade vid Ögonkliniken uppger att remissbekräftelse skickas till patienter som inte bedöms som akuta, övriga patienter ska få erbjudande om tid som bekräftelse. Detta uppges bero på ett stort inflöde och bristande administrativa resurser. Generellt uppges att det inte har skett någon märkbar förbättring i att skicka remissbekräftelse. Företrädare för enheten för applikationsförvaltning framhåller att prioritering av kallelse över remissbekräftelse finns hos flera vårdgivare och poängterar vikten av att skicka remissbekräftelse.

Av överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och hälso- och sjukvården 2021 framgår att kallelse ska skickas inom 14 dagar. I intervju med Ögonkliniken beskrivs att det fortsatt finns stora utmaningar med att skicka kallelser i tid samt att erbjuda tider inom skälig tid. Enligt intervjuade har kliniken haft flera avvikelser med efterföljande lex Maria-anmälningar de senaste åren kopplade till försenade besök och remisser som ej hanterats enligt rutin. Uppföljningen av väntetider anges generellt inte genomföras i regionen i lika stor uträkning som tidigare, uppfattningen hos vissa intervjuade är att detta inte efterfrågas på högre nivå.

Från 1 juni 2021 införs vårdval för ögonsjukvården. Intervjuade vid Ögonkliniken uttrycker en farhåga om att detta ska medföra tekniska och juridiska problem för remisshanteringen (intervjuerna genomfördes i maj 2021).

I tidigare granskning framkom att det inte genomfördes riskbedömningar på ett systematiskt vis. Ögonkliniken uppger att kliniken ska börja arbeta med Gröna korset, som är en metod för riskbedömningar i realtid. Riskbedömningar görs även veckovis samt inför större händelser såsom sommarledigheten för att säkra remisshanteringen.

Vad gäller egenkontroller lyfter Ögonkliniken att den nyligen framtagna *Rutin inkommande vårdbegäran* omfattar egenkontroll som genomförs veckovis. Felregistreringar uppges följas upp med koordinatörer veckovis och vid felaktigheter skrivs en avvikelse.

Avseende medarbetarnas kunskaper om Cosmic framgår att det inte skett några särskilda utbildningsinsatser rörande remisshanteringen i systemet sedan den tidigare granskningen. E-utbildningar finns som ska genomgå av samtliga nyanställda men dessa beskrivs som ytliga och generella. Ögonkliniken lyfter att det sker uppföljning av felregistreringar, vilket innebär ett lärande. Samtidigt uppfattar intervjuade att det inte skett någon tydlig förbättring i medarbetarnas kunskaper inom detta område.



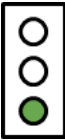
Sedan tidigare granskning har elektroniska remisser enligt uppgift beslutats införas i Sydöstra sjukvårdsregionen. Företrädare för enheten för applikationsförvaltning beskriver detta som ett av de större utvecklingsstegen avseende Cosmic och att det krävs ett fortsatt arbete för optimal funktionalitet. Enligt intervjuer förekommer det i praktiken fortsatt pappersremisser. Upphandlingen av nytt avvikelssystem för regionen uppges av intervjuade pågå och är därmed inte klar.

Återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder

Vid avstämning med ledningsstaben framgår att regionstyrelsen har en rutin för återrapportering av revisionsrapporter som innebär att återrapportering ska ske muntligen ca ett till två år efter redovisat svar. Tidpunkten för återrapportering beskrivs bero på mängden ärenden och aktuell situation.

Regionstyrelsen har inte fått någon återrapportering från regiondirektören under hösten 2019 i enlighet med beslutet. Däremot har återrapportering skett av medicinsk direktör den 12 maj 2021 § 87. I protokoll och handlingar framgår inte vilka åtgärder som har vidtagits men enligt uppgift i intervju omfattade återrapporteringen information om att bristerna i stort kvarstår. Hälso- och sjukvårdsnämndens har fått återrapportering genom information från medicinsk direktör den 27 januari 2020 § 5, vilket är i enlighet med nämndens beslut.

Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?	Delvis uppfyllt Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om ett svar på granskningen som till viss del innehåller åtgärder. Exempel på åtgärder är upphandling av ett nytt avvikelssystem samt att öka medarbetarnas kunskap i Cosmic.	
2. Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?	Ej uppfyllt Åtgärder har vidtagits inom Ögonkliniken men mer omfattande åtgärder bedöms krävas. Klinikens uppdaterade riktlinjer uppfyller fortsatt inte Socialstyrelsen föreskrifter tillfullo. Elektroniska remisser har införts inom Sydöstra sjukvårdsregionen, vilket är en utveckling av Cosmic i rätt riktning. Medarbetarnas kunskaper om befintliga funktioner i Cosmic har inte förbättrats och nytt avvikelssystem har ännu inte införts.	
3. Sker återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?	Uppfylld Hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen har fått återrapportering om vidtagna åtgärder med anledning av granskningen. Regionstyrelsens återrapportering har dock skett senare än gällande rutin.	

2. Förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter (2018)

Iakttagelser

Sammanfattning av iakttagelser och bedömning i tidigare granskning

Den revisionella bedömningen var att regionstyrelsen inte hade ett helt ändamålsenligt system för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter. Den interna kontrollen bedömdes inte vara helt tillräcklig. Styrelse och ledning på flera nivåer bedömdes på ett tydligare sätt behöva engagera sig och ta en ledande roll i det förebyggande arbetet. Riskanalyser avseende oegentligheter i verksamheten hade ej genomförts och saknades. Regionens interna policys och riktlinjer bedömdes vara i behov av översyn och uppdatering för att säkerställa ett mer heltäckande, överskådligt och enhetligt innehåll. Kännedom och kunskap inom området behövde stärkas. Vidare konstaterades att det fanns behov av att säkerställa ett ändamålsenligt system och tydliggöra hur eventuella oegentligheter ska anmälas och hanteras.

Svar på tidigare granskning och beslut om åtgärder utifrån granskningsresultat

I september 2019 behandlade regionstyrelsen ett svar på revisionsrapporten framtaget av ledningsstaben². I svaret lyfts bland annat att det gemensamma internkontrolldokumentet uppdaterats avseende mutor/korruption och oegentligheter samt att ett informationsmaterial inom området ska tas fram. Utformningen av internkontrolldokumentet ska ske utifrån Coso-metoden. Vidare beskrivs att CVU arbetat på flera sätt för att stärka den interna kontrollen.

Regionstyrelsen beslutar att i enlighet med ledningsstabens kommentarer beakta revisionsrapporten i det fortsatta arbetet samt att tillstyrka regionfullmäktige att besluta om att lägga revisionsrapporten till handlingarna.

Vidtagna och genomförda åtgärder

I svaret på granskningen anges att de gemensamma internkontrolldokumenterna har uppdaterats avseende mutor/korruption och oegentligheter. 2020-05-13 § 96 beslutar regionstyrelsen att anta internkontrollplan 2020 för regionstyrelsen. I beslutet anges att "En väl fungerande intern styrning och kontroll bidrar också till att skapa trygghet för Region Östergötlands medarbetare genom att undanröja misstankar om att oegentligheter skulle kunna förekomma".

I regionstyrelsens internkontrollplan för 2020 framgår att särskild egen granskning kommer att ske gällande uppföljning av att jäv, korruption eller mutor förebyggs. Rapportering har skett till styrelsens presidium i mars 2021. Samlad återkoppling och uppföljning har skett vid styrelsens sammanträde i juni 2021.

I regionstyrelsens internkontrollplan för 2021 framgår att styrelsen kommer att kontrollera och genomföra särskilda granskningar bland annat gällande följsamhet till inköps- och representationspolicy.

² Regionstyrelsen 2019-09-25 § 167

Intervjuade uppger att införandet av internkontrollplaner har lett till ett ökat fokus på risker kopplade till oegentligheter. Strukturen för att arbeta med frågorna uppges ha stärkts i och med detta och det finns ett ökat intresse från förtroendevalda.

De intervjuade beskriver att produktionsenheterna inte har egna internkontrollplaner för året men att det i internkontrolldokumenterna ingår beskrivningar av olika kontroller och uppföljningar som skall ske och att egenkontroller ska genomföras av vissa för året utvalda rutiner och processer. Vi har i samband med granskningen tagit del av produktionsenheten (PE) Hälso- och sjukvårdens internkontrolldokument. Där framgår det bland annat att egenkontroller skall ske gällande utomlänsvård samt att obligatorisk granskning skall ske hos samtliga PE gällande mutor och korruption. Samtliga enhetschefer skall bekräfta att information och utbildning inom mutor och korruption genomförts.

Inom PE Hälso- och sjukvården har det inrättats en redovisningsansvarig och inom PE Regionledningskontoret har det inrättats en redovisningschef med övergripande ansvar för att driva frågorna om oegentligheter. För övriga produktionsenheter är det ekonomichef som är ansvarig. Det yttersta ansvaret för att säkerställa en god styrning och internkontroll samt förhindra och hantera oegentligheter är en del, ligger på produktionsenhetsnivå och produktionsenhetschefen. I policy och riktlinje för intern styrning och kontroll beskrivs varje chefsnivås ansvar för internkontroll inom sin verksamhet.

Uppdatering och översyn har skett av styrande dokument. Dock framgår det inte på ett tydligt sätt i policy och vägledning huruvida anmälan kan ske anonymt vid misstanke om mutbrott. Styrande dokument och särskilt informationsmaterial finns tillgängligt på intranätet.

E-utbildning i Kompetensportalen har genomförts. I mitten av april 2021 hade 7 200 tjänstepersoner och förtroendevalda deltagit. Utbildningen ska användas löpande, till nya medarbetare och chefer eller då behov uppstår. Utbildningen har inte riktat sig till inhyrd personal. Målet var att utbilda samtlig personal tills sista mars 2021. På grund av rådande pandemi har detta förlängts till sista december. Utbildningen omfattar länkar till styrdokument inom området. Utbildningen skall kommuniceras på APT och chefsstöd för detta finns tillgängligt på intranät. Utbildningen skall ge exempel på situationer som kan uppstå och är anpassade till respektive verksamhet och arbetsplats.

I utbildningen redovisas olika möjligheter till anmälan. Vid misstanke om mutbrott eller jäv ska chef eller regionjurist kontaktas. Regionen har även utökat möjligheten på intranätet till anmälan om oegentligheter via Stöd- och serviceportalen dit medarbetare anonymt kan ringa för att anmäla misstänkta ärenden. Vi noterar att det på intranätet också finns information om att anonym anmälan kan ske i avvikelsesystemet Synergi. Sedan telefonnumret infördes uppges att det har inkommit en anonym anmälan som har hanterats och lett till att åtgärder vidtagits.

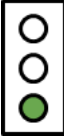

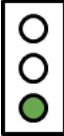
Ett nytt lagförslag som innebär krav på visseblåsarfunktioner i offentlig sektor är under behandling. Lagen skall träda i kraft i december 2021 och bygger på ett tvingande EU-direktiv. Vi noterar att regionen har utökat möjlighet till anonym anmälan via Stöd- och serviceportalen men det är av vikt att säkra anpassning till slutligt lagförslag.

Återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder

I styrelsens internkontrollplan för 2021 framgår att kontroll och avstämning kommer att ske av att återkoppling av resultat skett till regionstyrelsen gällande samtliga revisionsrapporter enligt regionstyrelsens balanslista.

Muntlig återrapportering av åtgärder gällande granskningen om oegentligheter som genomfördes 2018-2019 har behandlats av styrelsen vid sammanträde den 9 december 2020 § 226.

Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?	Uppfylld Beslut om åtgärder utifrån granskningsresultatet har antagits. Exempelvis gällande uppdatering av styrande dokument och utbildning.	
2. Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?	Delvis uppfylld Styrelsen har vidtagit åtgärder som pågår och delvis är genomförda. Uppdatering och översyn av styrande dokument, stärkt intern utbildning och kontroll samt utökad möjlighet till anmälan har skett. Ett fortsatt löpande arbete krävs för att stärka den interna kontrollen och kompetens.	
3. Sker återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?	Uppfylld Återrapportering och uppföljning av åtgärder och granskningsresultat har skett till styrelsen i enlighet med rutin.	

3. Arbetet mot hot och våld inom hälso- och sjukvården (2018)

Iakttagelser

Sammanfattning av iakttagelser och bedömning i tidigare granskning

Den revisionella bedömningen var att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden delvis arbetade ändamålsenligt med att förebygga och hantera hot och våld. Det fanns brister och låg kännedom om handlingsplaner samt eftersatt utbildning. Avvikelsesystemet användes inte i stor utsträckning vilket påverkade styrning samt tillförlitlighet i statistik. Det fanns ett systematiskt arbete kring egenkontroll vad gäller RH-check och skyddsronn samt en upprättad säkerhetspolicy för regionen. Positivt var att regionen erbjöd stöttning och utbildning för förtroendevalda trots att det inte regleras i lag, samt att dialog och uppföljning fanns med privata utförare.

Svar på tidigare granskning och beslut om åtgärder utifrån granskningsresultat

I april 2019 behandlade regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden ett svar på revisionsrapporten framtaget av ledningsstaben³. Ledningsstaben noterade att

³ Regionstyrelsen 2019-04-09 § 58 samt Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-04-08 § 32

revisorerna identifierat viktiga utvecklingsområden för det fortsatta arbetet mot hot och våld inom hälso- och sjukvården samt angav att området har uppmärksamats på flera sätt. Medarbetaruppföljningen har utökats med kompletterande frågor och ett samarbete har inletts mellan säkerhetsfunktionen och HR-strategiska enheten för att samla in fakta och analysera utvecklingen i verksamheten. Slutligen angavs att arbetet mot hot och våld var ett fokusområde i regionstyrelsens verksamhetsplan 2019 inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM).

Både regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att i enlighet med ledningsstabens kommentarer beakta revisionsrapporten i det fortsatta arbetet. Regionstyrelsen tillstyrker regionfullmäktige att besluta om och lägga revisionsrapporten till handlingarna.

Vidtagna och genomförda åtgärder

Enligt regionens övergripande riktlinje mot hot och våld (dok nr 08021-4) ska alla arbetsplatser ha en dokumenterad aktuell handlingsplan för hot och våld. Handlingsplanen ska innehålla förebyggande åtgärder såsom utbildning, agerande i en akut situation samt stödåtgärder efter en händelse. I uppföljningen har psykiatriska kliniken i Norrköping samt Akutkliniken i Linköping intervjuats. Akutklinikens *Handlingsplan vid hot och våld* (dok nr 21469) som är från 2021 saknar information om utbildning inom området och det framgår inte vem som ansvarar för att genomföra polisanmälan. Psykiatriska kliniken har ett dokument vid namn *Hot och våld, medarbetare* (dok nr 24473-3) från 2020 som beskrivs vara nuvarande handlingsplan. Vi noterar att det saknas information om förebyggande åtgärder och utbildning, risksituationer, användande av larm samt agerande i en nödsituation. Intervjuade med övergripande ansvar för regionens säkerhetsarbete är medveten om brister i klinikernas handlingsplaner och beskriver att det fortsatt finns kliniker som saknar dessa.

Benägenheten att göra polisanmälan beskrivs som liten hos medarbetarna vid Psykiatriska kliniken. Ett problem uppges vara att anonymiteten hos anmälaren inte kan säkras, vilket gör att medarbetarna väljer att avstå. Vi noterar att arbetssättet inte tycks följa klinikens handlingsplan, där det framgår att polisanmälan görs av ansvarig chef. Intervjuat skyddsombud vid Psykiatriska kliniken framhåller att samtliga medarbetare som utsätts för hot eller våld blir tillfrågade om de önskar göra en polisanmälan. Hos Akutkliniken görs polisanmälan av chef, vilket beskrivs som en god rutin. Detta framgår dock inte i klinikens handlingsplan. Rutinerna avseende anmälan i avvikelssystemet samt till polisen uppges ha förbättrats. Stödet som medarbetaren får vid en händelse beskrivs som omfattande hos båda klinikerna. Företagshälsovården kopplas in och samtal sker i personalgrupp.

Någon sammanställning av polisanmälningar i regionen har inte gjorts de senaste åren. De intervjuade redovisar olika uppfattningar om utvecklingen. Intervjuade vid säkerhetsenhet och psykiatrisk klinik ger en bild av att incidenter och polisanmälningar har ökat. Akutkliniken upplever däremot att förekomsten av hot och våld har minskat under den pågående coronapandemin eftersom besöksförbud rått. Klinikernas användande av larm beskrivs som oförändrat sedan tidigare granskning och därmed finns fortfarande vissa brister.

Avseende utbildning inom hot och våld har Psykiatriska kliniken identifierat att de praktiska utbildningarna varit eftersatta då det bland annat saknats lokaler. Kliniken har ett pågående utvecklingsarbete inom säkerhetsområdet som omfattar 10 olika moduler. Ett dokument visar att en av modulerna berör användandet av överfallslarm. En annan berör självskydd. Akutkliniken har sedan tidigare granskning genomfört utbildning tillsammans med säkerhetsansvarig. Flera utbildningar uppges dock ha skjutits fram med anledning av pandemin.

Händelseanalyser och riskbedömningar bedömdes kunna utföras mer frekvent i den tidigare granskningen. I intervjuer framkommer att Akutkliniken genomfört en riskanalys med anledning av vad som framkom i den tidigare granskningen. Psykiatriska kliniken använder sig av metoden Gröna korset för dagliga riskbedömningar. De så kallade RH-checkarna som ska genomföras årligen inom ramen för egenkontroll uppges göras av ca 70 % av alla kliniker i regionen.

Regionens medarbetaruppföljning kompletterades från 2019 med frågor om utsatthet av hot och våld från patient eller patientens närstående. Resultatet av medarbetaruppföljningen 2021 visar att ca 8 procent av regionens medarbetare inom hälso- och sjukvården uppges att de blivit utsatta för hot och våld från patient eller patientens närstående. På kliniknivå är siffran 39 procent för akutkliniken respektive 36 procent för Psykiatriska kliniken.

Intervjuade beskriver att samarbetet mellan HR-strategiska enheten och säkerhetsfunktionen delvis har utvecklats sedan den tidigare granskningen. Efter tidigare granskning hölls en utbildning med HR-konsulter som arbetar verksamhetsnära i syfte förbättra stöd till chefer i frågor relaterade till hot och våld. Ett särskilt avtal uppges även ha tecknats med företagshälsovården för krisstöd. Av intervjuer framkommer att det till viss del råder en delad bild av HR-strategiska enhetens, säkerhetsfunktionens och chefers ansvar inom området.

I regionstyrelsens verksamhetsplan 2019 framgår att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska prioriteras och följas upp som ett särskilt insatsområde. I uppföljningen i årsredovisningen för samma år anges att fokus ligger på att bättre kunna möta upp utvecklingen när det gäller hot och våld. Intervjuade beskriver att fokusområdet bland annat omfattat utökningen av frågorna i medarbetaruppföljningen samt en uppföljning av anmälningar i avvikelssystemet.

Återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder




Den 9 juni 2020 § 111 ges regionstyrelsen information om arbetet mot hot och våld inom hälso- och sjukvården med anledning av revisionsrapporten.

Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden har inte skett för denna granskning. Nämnden har ingen rutin för återrapportering av revisionsrapporter likt regionstyrelsen. Uppföljning och återrapportering sker enligt uppgift beroende på granskningsresultat.

Bedömning

Revisionsfråga

Bedömning

1. Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?	Delvis uppfylld Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om ett svar på granskningen som till viss del innehåller åtgärder. Exempel på åtgärder är utökning av medarbetaruppföljningen samt ökat samarbete mellan säkerhetsfunktionen och HR-strategiska enheten.	
2. Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?	Delvis uppfylld Åtgärder har genomförts både generellt i regionen och på de granskade klinikerna. Flera åtgärder är pågående såsom Psykiatriska klinikens utvecklingsarbete inom säkerhetsområdet. Fortsatt finns brister i klinikernas handlingsplaner. På regionövergripande nivå finns viss otydlighet i ansvarsfördelningen inom området.	
3. Sker åiterrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?	Delvis uppfylld Åiterrapportering av vidtagna åtgärder har skett till regionstyrelsen men inte till hälso- och sjukvårdsnämnden. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ingen utarbetad rutin för åiterrapportering av revisionsrapporter.	

4. Styrning, uppföljning och intern kontroll av investeringar (2019)

Iakttagelser

Sammanfattning av iakttagelser och bedömning i tidigare granskning

Den samlade bedömningen var att regionstyrelsens styrning av investeringar i allt väsentligt var tillräcklig. Det fanns ett tydligt regelverk på övergripande nivå och detaljerade rutiner och riktlinjer. Det fanns dock behov av en mer långsiktig planering.

Regionstyrelsens uppföljning och interna kontroll avseende fastighetsinvesteringar bedömdes som inte helt tillräcklig då den löpande åiterrapportering inte var tillräckligt omfattande och frekvent. I granskningen konstaterades att styrelsens på delegation antagna interna kontrollplaner för 2018 respektive 2019 inte omfattade någon bedömd risk med bäring på fastighetsinvesteringar. Mot bakgrund av investeringarnas väsentliga påverkan på regionens ekonomi, finanser och verksamheter bedömdes det finnas behov av att utveckla och förbättra styrelsens riskanalys. Följande rekommendationer lämnades:

- Uppdatera styrprinciper för fastighetsförvaltning
- Besluta om långsiktig lokalförsörjningsplan
- Hela regionstyrelsen bör erhålla en mer frekvent och omfattande uppföljning avseende regionens fastighetsinvesteringar och projekt.
- Regionstyrelsen behöver förbättra riskanalysen och den interna kontrollen avseende regionens fastighetsinvesteringar.

Svar på tidigare granskning och beslut om åtgärder utifrån granskningsresultatet

I september 2020 behandlade regionstyrelsen⁴ ett svar på revisionsrapporten. Av svaret framgår att det pågår ett arbete med fastighetsutvecklingsplan för US och lokalförsörjningsplaner för flera av regionens verksamheter.

⁴ Regionstyrelsen 2020-09-30 § 163

Under hösten 2020 anges att det initierades ett arbete mellan Regionfastigheter och Hälso- och sjukvården för att utveckla nuvarande Fastighetsråd med ett arbetsutskott, inom PE Hälso- och sjukvården, som granskar och föreslår prioriteringar av föreslagna fastighetsinvesteringar.

I regionstyrelsens internkontrollplan 2020 angavs att det ingår investeringar som en del i ägaransvaret. Uppföljning avseende fastighetsinvesteringar enligt internkontrollplan skulle ske i samband med delårsrapport 04 och 08 samt i samband med årsredovisningen. Uppföljningen skulle också ske genom dokumenterade fastighetsrapporter, som utgår från rapporter som månadsvis presenteras på samordningsberedningen av Regionfastigheter och Byggprojekt. Vid ett tillfälle per år skulle även information ges till regionstyrelsen.

Regionledningskontoret höll med om att fastighetsinvesteringarna har en väsentlig inverkan både på verksamheten och ekonomin men det fanns flera anledningar till att andra områden prioriterats i kontroller. En anledning var att det löpande genomfördes olika granskningar och kontroller på initiativ av Regionfastigheter. Resultaten från dessa granskningar skulle framöver inarbetas som en del i Regionfastigheters rapportering till regionstyrelsen.

Regionstyrelsen beslutade att i enlighet med Regionledningskontorets kommentarer beakta revisionsrapporten i det fortsatta arbetet samt att tillstyrka regionfullmäktige att besluta om att lägga revisionsrapporten till handlingarna.

Vidtagna och genomförda åtgärder

Beslut om uppdaterade styrprinciper för fastighetsförvaltning har antagits (3 mars 2021 § 34).

I styrelsens interna kontrollplan för 2020 och 2021 framgår att investeringsfrågor följs upp genom löpande information till regionstyrelsens samordningsberedning (SOBER) samt en gång årligen till regionstyrelsen. Årligen skall styrelsen fastställa styrprinciper för investeringsprocessen och utarbeta strategisk fastighetsplan. Som särskild granskning 2021 skall kontroll ske av årliga och löpande rutiner för god intern kontroll i byggprojekt genom kontroll av fakturor och leveranser. Samlad uppföljning av intern kontrollplanen för 2020 har skett till styrelse under juni månad 2021.

Styrelsen har genomfört workshop inkluderat dokumenterad riskbedömning inför antagande av intern kontrollplan.

Information till hela styrelsen har skett gällande strategiska byggprojekt 2021-03-03. En ökad frekvens av rapportering till regionstyrelsen och sober noteras i protokoll och av de intervjuade.

De intervjuade beskriver att man utvecklat Fastighetsrådet under 2020. Ett uppdrag är att kanalisera sjukvårdens lokalbehov strategiskt så att de går i linje med lokalförsörjningsplanen. Tanken är att lokalbehoven ska koordineras över hela regionen.

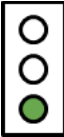

Arbete pågår löpande med långsiktig investeringsplan och beslut om lokalförsörjningsplaner. De intervjuade redovisar att det fortsatt finns behov av att säkerställa och anpassa framtida lokalbehov utifrån hälso- och sjukvårdens utveckling.

Återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder

I styrelsens internkontrollplan för 2021 framgår att kontroll och avstämning kommer att ske av att återkoppling av resultat skett till regionstyrelsen gällande samtliga revisionsrapporter enligt regionstyrelsens balanslista.

Muntlig återrapportering av åtgärder gällande granskningen av investeringar som genomfördes 2019-2020 planeras ske vid regionstyrelsens sammanträde den 29 september 2021 i enlighet med rutin, det vill säga ett år efter beslutat svar.

Bedömning

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Har styrelse och nämnd fattat beslut om åtgärder utifrån respektive granskningsresultat?	Uppfylld Beslut om åtgärder utifrån granskningsresultatet har antagits. Exempel på åtgärder är framtagande av långsiktiga lokalförsörjningsplaner samt ökad frekvens och rapportering gällande investeringar och intern kontroll till styrelse.	
2. Har åtgärder vidtagits sedan föregående granskning och är beslutade åtgärder genomförda?	Delvis uppfylld Styrelsen har vidtagit åtgärder som pågår och delvis är genomförda. Uppdatering har skett av styrprinciper och styrelsens uppföljning har stärkts genom ett utvecklat systematiskt arbete med intern kontroll inkluderat riskbedömning. Information och uppföljning till hela styrelsen har utvecklats. Det finns fortsatt behov av att säkerställa långsiktig planering och anpassa lokalbehoven till hälso- och sjukvårdens utveckling.	
3. Sker återrapportering till styrelse och nämnd av vidtagna åtgärder?	Uppfylld Återrapportering och uppföljning av åtgärder och granskningsresultat planeras ske till styrelsens sammanträde i september 2021 enligt rutin.	