Mottagare
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Återredovisning internkontroll 2026

Förslag till beslut

- Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att godkänna rapporten.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden önskar att förvaltningen återredovisar vidtagna åtgärder med anledning av bristerna i internkontrollen 2026 i samband med återrapporteringen av internkontrollen 2027.

Sammanfattning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2026:

- Objektförvaltningsmodell
- Betalningsunderlag från privata utförare
- Dygns- och veckovila för egen personal och för hyrpersonal
- Information om att vårdgaranti ej kan erbjudas
- Läkemedelsgenomgångar

Resultat av kontroller

- Kontrollerna avseende Objektförvaltningsmodell är två delar och där bedöms kontrollen av att alla system delats in i objektsgrupper och tilldelats en objektledare som godkänd. Den andra delen av kontrollen, som avser risk- och sårbarhetsanalys, informationsklassning eller förvaltningsplan bedöms som ej godkänd.
- Kontrollen Betalningsunderlag från privata utförare bedöms som delvis godkänd.
- Kontrollen Dygns- och veckovila för egen personal och för hyrpersonal bedöms som ej godkänd.
- Kontrollen Information om att vårdgaranti ej kan erbjudas bedöms som ej godkänd.
- Kontrollen Läkemedelsgenomgångar bedöms som delvis godkänd.

För de kontroller vars resultat bedöms som ej godkända eller delvis godkända har eller kommer åtgärder att vidtas.

Ärendebeskrivning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2026:

- Objektförvaltningsmodell
- Betalningsunderlag från privata utförare
- Dygns- och veckovila för egen personal och för hyrpersonal
- Information om att vårdgaranti ej kan erbjudas
- Läkemedelsgenomgångar

Resultat av kontroller

Objektförvaltningsmodell
Kontroll: IT-system har en viktig roll som stöd för verksamheterna att utföra sina uppdrag. När en organisation använder ett stort antal IT-system ställs därför många krav. För att på ett strukturerat sätt hantera dessa utmaningar ska Region Gotlands modell för objektsförvaltning användas.

1. Kontroll görs av att alla system har delats in i objektgrupper och tilldelats en Objektledare som stödjer Objektägaren och tillika informationsägaren i förvaltning av ägarskapet.
2. Kontroll görs av att det under 2025 gjorts en uppdatering av risk- och sårbarhetsanalys, informationsklassning och förvaltningsplan.

Metod: Granskning av samtliga vårdsystem vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Resultat för första kontrollen: Kontroll i december 2025 visar att samtliga 79 system har tilldelats en objektägare men att tre system inte har delats in i objektgrupper. Vid kontroll i juli 2026 har samtliga 89 system delats in i objektsgrupper och tilldelats en objektägare.

Analys och slutsats: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen förvaltade vårdsystem har delats in i objektgrupper och tilldelats en Objektledare som stödjer Objektägaren och tillika informationsägaren i förvaltning av ägarskapet.

Kontrollen bedöms som godkänd.

Resultat för andra kontrollen: Kontroll i december 2025 visar att 48 system saknar risk- och sårbarhetsanalys, 9 system saknar informationsklassning och 52 system saknar förvaltningsplan. Kontroll i juli 2026 visar att 40 system saknar risk-och sårbarhetsanalys, 10 system saknar informationsklassning och 46 system saknar förvaltningsplan.

Analys och slutsats: Många system saknar risk- och sårbarhetsanalys, informationsklassning eller förvaltningsplan. Dessa ska tas fram inom ramen för införandeprojekt och utgör leveranser enligt projektmodellen. Slutsatsen är att projektprocessen inte alltid har följts och att system i flera fall har överlämnats till förvaltning utan fullständig dokumentation.

Kontrollen bedöms som ej godkänd.

Resultatet visar dock på en positiv utveckling under 2026. Redan efter kvartal 2 2026 har nivån från föregående år uppnåtts. Orsakerna är ett tydligare ansvar för objektledare att kontakta objektägare och erbjuda stöd, en uppdaterad process för årlig uppföljning samt ett närmare samarbete med projekt i slutfasen av införanden.

Bedömning av resultat för helår 2026 kan göras först efter årsskiftet. En uppföljning behöver därför göras efter årsskiftet för att ge en fullt jämförbar bild mellan 2025 och 2026.

Åtgärder:

- Ökad följsamhet till projektmodellen, så att det inte införs system utan att först ha genomfört informationsklassning, risk- och sårbarhetsanalys samt tagit fram en förvaltningsplan.
- Att fortsätta arbetet med att komma ikapp. Det finns en backlogg som arbetas igenom steg för steg.
- Det behövs ett tydligare ägarskap från objektägare när det gäller att efterfråga och följa upp att informationsklassningar, risk- och sårbarhetsanalyser samt att förvaltningsplaner hålls aktuella. Ett sätt kan vara att kalla till ett årligt möte med objektledare och förvaltare för genomgång och uppdatering.
- Överväga att byta till en Word-mall för förvaltningsplaner, istället för att dokumentera direkt i systemet LISa. Själva verktyget upplevs i vissa fall som en utmaning.

Resultat - Betalningsunderlag från privata vårdgivare
Kontroll: Kontroll av privata utförare avseende fakturaunderlag för att säkerställa att underlagen är korrekta gällande belopp att utbetala.

Kontroll görs att fakturaunderlag från privata utförare är korrekta gällande belopp att utbetala.

Metod: Kontroll av samtliga fakturor avseende besöksersättning. Kontrollen omfattar besöksersättning till de privata vårdcentralerna Visborg och Söderport för perioden januari till juni 2026. De månadsvisa fakturaunderlagen inkomna i fakturasystemet har matchats mot kassaregistrerade besök och patientavgifter för månaderna januari till juni 2026.

Resultat: I 4 av 6 kontrollmånader stämmer Vårdcentralen Visborgs fakturaunderlag med vad vårdcentralen har kassaregistrerat, i 0 av 6 kontrollmånader stämmer Söderports fakturaunderlag med kassaregistrerat. Vårdcentralen har erhållit lägre ersättning än vad registrerade besök borde genererat.

Analys och slutsats: Vårdcentralen Visborg utgår helt från det underlag som hälso- och sjukvårdsförvaltningen genererar, där det dock blivit mindre felaktigheter från förvaltningen i två av de sex kontrollerade månaderna. Söderports vårdcentral tar däremot ut ersättningsunderlaget från egna data, vilket vid kontrollen konstateras inte stämmer med de data som hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan utläsa.

Slutsatsen är att ingen av vårdcentralerna medvetet fakturerar felaktiga ersättningsnivåer till hälso- och sjukvårdsförvaltningen, men att underlagen för faktureringen behöver säkerställas.

Kontrollen bedöms som delvis godkänd.

Åtgärder: Den första åtgärden är att utreda var i vårdcentralen Söderports uttag av data, felaktigheten består, för att ha möjlighet att rätta till så att det blir korrekt underlag framåt. Det pågår också ett arbete i förvaltningen med att automatisera uttagen kopplat till ersättningarna i krav- och kvalitetsboken så att ersättning ska utgå baserat på hälso- och sjukvårdsförvaltningens framtagna underlag, och direkt generera en utbetalning till vårdcentralerna baserat på korrekt data. Detta kommer att minska ledtiden för vårdcentralerna att erhålla ersättning, minska administration och minska risken för felaktigheter.

Dygns- och veckovila för egen personal och för hyrpersonal
Kontroll: Veckovila regleras i arbetstidslagen och i vanliga fall ska varje arbetstagare ha minst 36 timmars sammanhängande ledighet under varje period om sju dagar, så kallad veckovila. Huvudregeln vid dygnsvila är att alla medarbetare i kommuner och regioner ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod.

Kontroll görs genom att i systemet Medvind se på scheman för egen personal och för hyrpersonal och undersöka om det finns personer som har schema som bryter mot arbetstidslagen.

Metod: Stickprov. I 18 verksamheter granskades arbetstiden på totalt 70 medarbetare. Inom respektive verksamhet har medarbetare valts ut slumpartat med enbart anställningsnummer och hänsyn till ett rättvist antal representanter från både den grupp som enligt anställningsavtal jobbar dag/kväll samt de som arbetar natt eller en kombination, så kallad rotationstjänst.

Resultat: Stickprovet visar totalt:

- 83 brott mot dygnsvila (11 timmar)
- 18 brott mot veckovila (<36 timmar)
- Totalt 101 registrerade avvikelser

Resultatet visar att problematiken främst är kopplad till dygnsvilan, som står för cirka 82 % av samtliga avvikelser, medan veckovilobrotten utgör cirka 18 %.

Fördelning mellan verksamhetstyp och hur många medarbetare som påverkats med avvikelse är enligt tabellen nedan:

Verksamhet	Antal avvikelser totalt	Antal stickprov	Antal medarbetare med avvikelser
Må-Fre	3	20	2
24/7	98	50	40

Inga, eller mycket få avvikelser noterades på scheman för medarbetare i verksamheter som är i drift må-fre. Dagtidsarbete och mindre komplex schemaläggning genererar bättre efterlevnad av dygns- och veckoviloregler.

I stickprovet framträder inga tecken på att gruppen avseende hyrpersona genererar en oproportionerligt stor mängd avvikelser. Tvärtom svarar hyrpersonal för cirka 12 procent av samtliga registrerade avvikelser (12 av 101). Däremot skiljer sig avvikelsernas karaktär. Hyrpersonal uppvisar en högre andel brott mot veckovila än övriga verksamheter, medan övriga grupper framför allt har avvikelser kopplade till dygnsvila.

Analys och slutsats: Stickprovet visar att brott mot dygnsvila är betydligt vanligare än brott mot veckovila. Avvikelserna orsakas främst av:

- Extrapass och dubbelpass
- Förskjuten arbetstid
- Brister i grundplaneringen
- Tätt schemalagda pass och flexramar
- Möten, utbildningar och övriga aktiviteter i anslutning till arbetspass.

Analysen tyder på att en stor del av avvikelserna inte enbart är kopplade till tillfälliga bemanningsproblem utan även till återkommande schemakonstruktioner och planeringsrutiner, vilket gör att förebyggande åtgärder bör riktas både mot bemanningsprocessen och den ordinarie schemaplaneringen.

Kontrollen bedöms som ej godkänd.

Åtgärder: Det finns ett pågående arbete med Internkontroll av Regionstyrelseförvaltningen Löneenhet inom projektet Hållbar Bemanning. Sammanställning av avvikelser kommer en gång/månad till Förvaltningschef samt HR-chef.

HR-Hälso- och sjukvårdsförvaltningens åtgärd är att arbeta proaktivt och stötta verksamheterna. Detta görs utifrån en sammanställning av planerade bryt/avvikelser. Berörd verksamhet kontaktas för att ges möjlighet att identifiera orsaker och möjlighet till justering.

Information om att vårdgaranti ej kan erbjudas
Regionen ska aktivt erbjuda vård hos annan vårdgivare om tid till första kontakt/behandling inte kan erbjudas inom vårdgarantins tidsgränser. Regionen ska bland annat informera patienten om rätten till vårdgaranti och söka efter ny vårdgivare samt administrera denna vårdkontakt.

Kontroll görs av om information om vårdgaranti finns tillgänglig för patienterna och genom frågor till ett urval av verksamheter.

Metod: Flera metoder användes vid kontrollen.

- En enkät till samtliga elva verksamhetschefer vars verksamheter är berörda av vårdgarantin inom specialiserad sjukhusvård, psykiatrin samt Rehabilitering och habilitering.
- Fysisk kontroll att broschyr med information om vård är utlagd i väntrum.
- Kontrollfrågor till de verksamheter som har patienter som har fått vänta längst och för de verksamheter som har flest patienter på väntelista.

Resultat: Samtliga elva verksamhetschefer besvarade enkäten. Av dessa uppgav åtta att de informerar patienterna om uppskattad väntetid till vård. Onkologi- och palliativ medicin svarar att frågan i praktiken sällan är aktuell eftersom verksamheten normalt inte har väntelistor, men att man har en nära dialog med patienterna kring planeringen. Internmedicin och Barn- och ungdomsmedicin informerar inte om vårdgarantin.

Kontrollfrågorna visar att även inom verksamhetsområdena Kirurgi och urologi, Öron, näsa, hals och hud samt Rehabilitering och Habilitering finns enheter som inte har informerat patienter.

Patientinformation om vårdgarantin finns tillgänglig i form av broschyrer i väntrum eller receptioner inom den specialiserade vården.

Analys och slutsats: Kunskapen om vårdgarantin är god i verksamheterna, men två verksamhetsområden, Internmedicin och Barn- och ungdomsmedicin, informerar trots detta inte alls patienterna om väntetider och vårdgarantin. Dock finns patientinformation om vårdgarantin tillgänglig i form av broschyrer i väntrum eller receptioner för samtliga verksamheter inom den specialiserade vården.

Kontrollen bedöms som ej godkänd.

Det finns skillnader i arbetssätt mellan verksamheterna, särskilt när det gäller uppföljning av vårdgarantin, ansvar för patienter som riskerar att vänta längre än tidsgränserna samt hanteringen av remissbekräftelser.

Åtgärder: För att stödja verksamheterna i arbetet med att säkerställa att patienterna får tid inom vårdgarantis tidsramar samt att bokningsfel och

eventuellt andra administrationsfel upptäcks och åtgärdas i tid, har en befintlig valideringsrapport uppdaterats och en skriftlig rutin tagit fram.

Rutinen beskriver hur verksamheten regelbundet ska följa upp rapporter för att säkerställa att patienter får vård i rätt tid. Rutinen anger också ansvarsfördelning mellan chefer, administrativ personal och vårdgivare. Implementering av rutin och rapport pågår i verksamheterna.

Läkemedelsgenomgångar

Kontroll: Det övergripande syftet för läkemedelsgenomgångar är att öka säkerhet och kvalitet i läkemedelsbehandling, särskilt hos äldre med flera diagnoser och flera läkemedel. Enligt riktlinje ska läkemedelsgenomgångar erbjudas till patienter över 75 år med minst fem läkemedel vid: besök till läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och vid inflytt till särskilt boende. Även patienter över 75 år som har minst fem läkemedel under pågående hemsjukvård eller boende i särskild boendeform ska årligen erbjudas läkemedelsgenomgång. Det är viktigt att journalföringen är korrekt för att kunna se planerade och utförda åtgärder vid läkemedelsförändringar. Vid förvaltningen är det inte kartlagt i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar journalförs samt hur fördelningen mellan sökord och åtgärdskoder ser ut. För att underlätta i det systematiska arbetet med läkemedelsgenomgångar behöver enhetlig journalföring användas där åtgärdskoder är att föredra.

Kontroll görs av om läkemedelsgenomgångar har erbjudits till de patienter som är över 75 år och som har minst fem läkemedel.

Metod: Data samlas från Journalsystem TakeCare för vårdkontakter för enskilda patienter med åtgärdskod läkemedelsgenomgång (XV015 och XV016) samt för sökord i journaltext för enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång. Från app samlas information för patienter 75 år eller äldre med fler än 5 läkemedel som någon gång under senaste året (2025-06-2026-05) haft en vårdkontakt.

Därtill genomförs journalgranskning på 30 slumpvis utvalda patienter 75 år eller äldre med vårdkontakt under det senaste året för att eftersöka dubbeldokumentation med både åtgärdskod och använt sökord läkemedelsgenomgång.

Resultat: Fördelningen för kodsättningen skiljer sig inom vården, se tabellen nedan.

Verksamhet	Antal patienter med vårdkontakt	Antal patienter med kod för läkemedels-genomgång	% med kod för läkemedelsgenomgång
Primärvård	**7633**	**398**	**5,2 %**

Slite VC	967	77	8,0 %
Hemse VC	1801	150	8,3 %
Wisby Söder VC	1264	67	5,3 %
Visby Norr VC	1290	62	4,8 %
Visborg VC	1140	9	0,8 %
Söderport VC	1023	39	3,8 %
Psykiatri	**127**	**89**	**70 %**
Slutenvårdsavdelningar	*19*	*18*	*95 %*
Mottagningar	*108*	*71*	*66 %*
Somatisk specialistvård	**6697**	**1656**	**24,7 %**
Medicin,	4959	1491	30 %
Slutenvårdsavdelningar	*1484*	*1411*	*95 %*
Mottagningar	*3475*	*80*	*2,3 %*
Kirurgiska specialiteter	2862	4	0,1 %
Slutenvårdsavdelningar	*1262*	*3*	*0,2 %*
Mottagningar	*1600*	*1*	*0,06%*
Infektion	1096	572	52 %
Slutenvårdsavdelning	*638*	*571*	*90 %*
Mottagningar	*458*	*1*	*0,2 %*
Onkologi	348	2	0,6 %
Slutenvårdsavdelning	*107*	*2*	*1,9 %*
Mottagningar	*410*	*0*	*0 %*
Samtliga vårdkontakter	**8303**	**2028**	**24,4 %**

Tabell 1:Antal patienter med vårdkontakt mellan 2025-06 och 2026-05, samt hur många av de patienterna som någon gång under året fått en åtgärdskod för enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång.

Patienter som är kopplade till hemsjukvård eller särskilt boende pekas ut av Socialstyrelsen vara i särskilt behov av återkommande läkemedelsgenomgångar.

För dessa patienter syns vårdkontakter enligt tabell två utifrån Hälso- och sjukvårdsförvaltningens dokumentation.

Verksamhet	Antal patienter med vårdkontakt via primärvården	Antal patienter med kod läkemedelsgenomgång
Hemsjukvården	64	15
Särskilt boende	332	24

Observera att dokumentation kring läkemedelsgenomgångar även kan förekomma systematisk i andra system så som socialförvaltningens journalsystem Treserva för dessa patienter, även om ansvaret för läkemedelsgenomgångens är förskrivarens.

Läkemedelsgenomgångar kan även dokumenteras under sökord följt av fritext.

Verksamhet	Antal patienter med sökord Enkel läkemedels-genomgång	Antal patienter med sökord fördjupad läkemedels-genomgång
Primärvård	**128**	**224**
Psykiatri	**9**	**1**
Somatisk specialistvård	**3**	**0**
Medicin	0	0
Kirurgiska specialiteter	2	0
Infektion	1	0
Onkologi	0	0
Samtliga vårdkontakter	**140**	**225**

Tabell 2: Antal patienter med sökord mellan 2025-06 och 2026-05 uppdelat på olika verksamheter.

För flertalet patienter ses att båda sätten att dokumentera har använts. Det går av data dock inte att uttyda om både åtgärdskod och sökord använts vid samma vårdtillfälle eller om det är skilda tillfällen.

En journalgranskning på 30 slumpvis utvalda patienter genomfördes för förekomsten av dubbeldokumentation. Samtliga utvalda patienter var åtgärdskodade kod för enkel läkemedelsgenomgång, där den största delen av patienterna var från verksamhet internmedicin och åtgärdskod var satt i samband med inskrivning. För ingen av patienterna hade sökordet läkemedelsgenomgång använts vid samma tillfälle.

Analys och slutsats: Systematiskt arbete pågår för åtgärdskodning av läkemedelsgenomgång inom slutenvården för medicin, infektion och lungmedicin samt psykiatrin, dock ej i samma utsträckning inom opererande verksamheter och onkologi. I låg utsträckning åtgärdskodas läkemedelsgenomgångar på öppenvårdsmottagningar, utom inom psykiatriska mottagningar där täckningen är god. Ingen åtgärdskod för läkemedelsgenomgång finns kopplad mot akutmottagningen, kodningen sätts istället inom respektive verksamhet. Onkologi och palliativ medicin verkar ej åtgärdskoda läkemedelsgenomgångar, även om en stor del av arbetet baserat på regelbunden översyn av läkemedel kopplat till patientens mående.

För primärvården används både åtgärdskoder och sökord för dokumentation. Troligt görs fler läkemedelsgenomgångar som inte dokumenteras enligt sökningen. Primärvården upplever även utmaningar med journalmallar innehållande många sökord som genererar brus. En ej enhetlig dokumentation gör det svårare att skapa en helhetsbild för primärvården, samtidigt som det är svårare att spåra insatser på patientnivå, vilket talar för en enhetlig dokumentation. Samtidigt är det oklart om det finns starka mervärden i att hela vården enar sig om ett sätt att dokumentera läkemedelsgenomgångarna om behoven skiljer sig starkt mellan verksamheterna.

Kontrollen visar på att systematiskt arbete med journaldokumentation av läkemedelsgenomgångar pågår inom vissa verksamheter samt att sättet att dokumentera skiljer sig.

Kontrollen bedöms som delvis godkänd.

Åtgärder:

- Uppdatering och rensning av journalmallar för läkare pågår.
- I gruppen SLIT om sjukvård i hemmet pågår arbete för fasta vårdkontakter och kontinuitet i primärvården samt att väga in hanteringen av läkemedel i hemmiljö.
- Översyn av om åtgärdskod bör användas övergripande för samtliga verksamheter för dokumentation av läkemedelsgenomgångar.
- Webbutbildning via Socialstyrelsen som baseras på HSLF-FS 2017:37 bör genomföras av chefer och MLA i primärvård och följas upp via primärvårdsforum.

Uppföljning av föregående års internkontroller

Enligt riktlinjer för intern kontroll skall redovisning ske av vilka åtgärder som vidtagits vid konstaterade fel och brister i föregående års interna kontroller.

Rapportering av tid för jour och beredskap

Följande åtgärder har vidtagits:

- Översyn och uppdatering av manualer för registrering av jour/beredskap.
- Alla läkare har blivit inbjudna till utbildningstillfällen.
- Support till medarbetare via chef och/eller systemsupport

Antal frågor till vårdlöner har minskat och de upplever att läkarna inte känner samma skepsis mot utfallet i Medvind.

Det är till 100 procent mer rätt ersättning som betalas ut idag jämfört med tidigare hantering via blankett.

Följsamhet till delegationsordning

Digitalisering av introduktion för nya medarbetare genomförd.

I checklistan över aktiviteter som ingår i introduktion av nya medarbetare har HSF bland annat lagt till genomgång av delegationsordningen.

Referenstagning vid anställning

Via information i veckobrev och nyhet på intranätet har förvaltningens chefer informerats om hela rekryteringsprocessen.

Tjänsten för digital referenstagning har marknadsförts och informerats om internt. I kommunikationen hänvisades till utbildning i rekrytering och informerades om digital referenstagning med länkar till mer information och till guider.

Den checklista som används vid avslut av rekryteringsärende har reviderats.

En uppföljande kontroll har visat på en ökning av efterlevnaden.

Bedömning

För de båda kontrollerna avseende Objektförvaltningsmodell bedöms kontrollen av att alla system delats in i objektsgrupper och tilldelats en objektledare som godkänd. Den andra delen av kontrollen, som avser risk- och sårbarhetsanalys, informationsklassning eller förvaltningsplan bedöms som ej godkänd.

- Kontrollen Betalningsunderlag från privata utförare bedöms som delvis godkänd.
- Kontrollen Dygns- och veckovila för egen personal och för hyrpersonal bedöms som ej godkänd.
- Kontrollen Information om att vårdgaranti ej kan erbjudas bedöms som ej godkänd.
- Kontrollen Läkemedelsgenomgångar bedöms som delvis godkänd.

För de kontroller vars resultat bedöms som ej godkända eller delvis godkända har eller kommer åtgärder att vidtas.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse hälso-och sjukvårdsförvaltningen daterad 2026-11-09

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Anna Nergårdh
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till

Regionstyrelsen