

Mottagare

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Återredovisning internkontroll 2025

Förslag till beslut

- Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar att godkänna rapporten.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden begär att de vidtagna åtgärderna med anledning av bristerna i internkontrollen 2025 redovisas i samband med återrapporteringen av internkontrollen 2026.

Sammanfattning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2025:

- Rapportering av tid för jour och beredskap
- Fakturakontroll
- Följsamhet till delegationsordning
- Följsamhet till vårdförlopp för Sepsis
- Referenstagning vid anställning

Kontrollen Fakturakontroll har bedömts som godkänd. Kontrollen Följsamhet till vårdförlopp för Sepsis har bedömts som godkänd med förbättringsområden. Övriga kontrollpunkter bedöms som ej godkända. Åtgärder har eller kommer att vidtas för dessa.

Ärendebeskrivning

Följande kontroller har genomförts i enlighet med internkontrollplan 2025:

- Rapportering av tid för jour och beredskap
- Fakturakontroll
- Följsamhet till delegationsordning
- Följsamhet till vårdförlopp för Sepsis
- Referenstagning vid anställning

Resultat – Rapportering av tid för jour och beredskap

Kontroll: Hållbar arbetstidsförläggning är en viktig del i arbetet för att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och hållbart arbetsliv. Jour och beredskap bör förekomma endast i den omfattning som är absolut nödvändig.

Kontroller görs av att det finns tillräckliga förutsättningar för läkare att

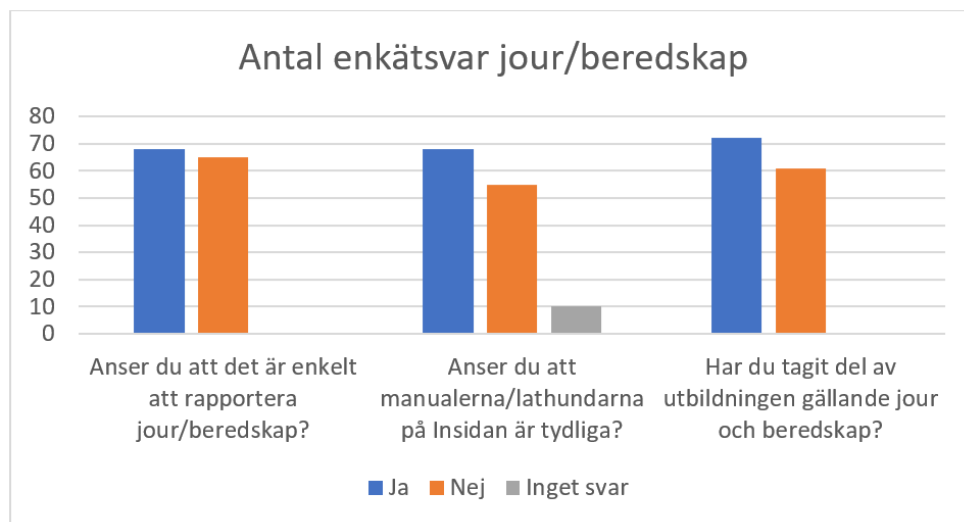
registrera rätt tid för jour och beredskap i systemet Medvind:

- att de riktlinjer/rutiner för hur jourrapporteringen ska ske är tydliga
- att de som rapporterar jour i Medvind har tagit del av utbildning
- om det i Medvind finns inbyggda kontroller som underlättar korrekt registrering.

Metod: Enkätundersökning med fem frågor till samtliga läkare inom HSF som har jour/beredskap.

Resultat: 133 av 230 tillfrågade läkare svarade på enkäten vilket innebär 58% svarsfrekvens.

Hälften av respondenterna anser att de manualer och lathundar för att rapportera jour som finns är tydliga och drygt hälften av respondenterna har tagit del av utbildningen gällande jour/beredskap. Det finns inbyggda kontroller som underlättar registrering, de bygger på korrekt inlagt schema i Medvind över hur man jobbar/har jobbat samt att man registrerar sina avvikelser utifrån det inlagda grundschema.



Enkätsvaren innehåller även ett stort antal kommentarer och förslag till förbättringar.

Analys och slutsats: Cirka hälften av respondenterna anser att det inte är enkelt eller tydligt att rapportera jour och beredskap. Drygt hälften av respondenterna har tagit del av utbildningen gällande jour/beredskap. Respondenterna upplever en osäkerhet i om det i slutändan blir korrekt ersättning som utgår och de litar inte helt på systemet. Det finns inbyggda kontroller som underlättar korrekt registrering.

Kontrollen bedöms som ej godkänd. Registreringen av jour och beredskap i Medvind behöver ses över, likväl användarvänligheten i systemet. En samlad utbildningsinsats behövs.

Resultat - Fakturakontroll

Kontroll: För att säkerställa att felaktiga fakturor inte betalas är det viktigt att ha en tydlig och effektiv internkontrollprocess.

Kontrollen avser leverantörer som vi inte har avtal med och där fakturor betalats under 2024.

Kontroll görs att den viktigaste informationen som finns på fakturan avseende bolaget överensstämmer med information på externa informationssiter avseende att bolaget existerar, organisationsnummer och namn. Kontroll görs även av om det utifrån beloppet borde finnas avtal.

Metod: Kontroll mot Svensk Handels varningslista.

Resultat:

Slumpvis uttag av 20 leverantörer som har granskats djupare genom att kontrollera att:

- Fakturan innehåller väsentlig information och tydligt underlag för vad som fakturerats.
- Kontroll av organisationsnummer mot Förenade Bolags varningslista.
- Verifiering av bolagsinformation via merinfo.se, inklusive bolagets existens, registrerade anmärkningar och om företaget har anställda.

Analys och slutsats:

- Ingen av de 20 granskade leverantörerna förekommer på Förenade Bolags varningslista.
- Ett bolag uppvisade bristfälligt underlag avseende fakturans innehåll.
- Ett utländskt bolag gick inte att verifiera avseende organisationsnummer i svenska register. Fakturaunderlaget bedömdes dock vara korrekt och underbyggt.
- Två bolag hade registrerade anmärkningar. Dessa har inte använts efter 2024 års nationella upphandling av hyrpersonal.
- 10 av 20 bolag hade tydlig information om anställda. Övriga bolag saknade sådan redovisning, vilket är särskilt relevant vid fakturering av personal- eller konsulttjänster.

Baserat på genomförd granskning finns inga indikationer på att de kontrollerade leverantörerna är oseriösa eller att fakturor betalats på felaktiga grunder. Kontrollresultatet indikerar överlag en tillfredsställande nivå av affärsmässig dokumentation och existerande bolagsstruktur. Kontrollen anses således godkänd.

Dock kan följande förbättringsområden identifieras:

- Behov av förbättrad registrering och spårbarhet av avtal, såväl egna som gemensamma upphandlingar.
- Tydligare rutiner för krav på fakturaspecifikation, särskilt vid inköp utan avtal.

Resultat - Följsamhet till delegationsordning

Kontroll: Delegationsordningen och fördelningen av verkställighetsbeslut utgör ett väsentligt inslag i den interna kontrollen.

Kontroll görs av att chefer som tillträtt sin roll under 2024 fick vetskap om delegationsordningen när de tillträdde eller i samband med introduktionen samt att de känner till vilka befogenheter och skyldigheter de har enligt delegationsordningen.

Metod: Samtliga chefer som tillträtt sin roll under 2024 fick en enkät med tre ja/nej-frågor samt fritextfält till varje fråga. Tre påminnelser skickades till de som ej svarat.

Resultat: Av 18 chefer inkom svar från 13 chefer, dvs 72% svarade på enkäten.

Tolv av 13 chefer (92%) som har svarat svarade att de känner till vilka befogenheter de som chef har enligt delegationsordningen.

På frågan ”Känner du till vilka skyldigheter du som chef har enligt delegationsordningen?” svarar 11 chefer (85%) att de känner till detta.

På frågan ”Fick du information om delegationsordningen när du tillträdde som chef eller i samband med introduktionen?” svarar fyra ja (31%) och nio svarar nej, två av dessa svarar att de har fått informationen i tidigare chefsroll, men inte i rollen som nytillträdd chef under 2024 och en minns inte.

Analys och slutsats: Kontrollen visar att av de som har besvarat enkäten känner de flesta till sina befogenheter och skyldigheter enligt delegationsordningen. En lägre andel uppger att de har fått information om delegationsordningen när de tillträdde som chef. Kontrollen anses således inte vara godkänd.

Åtgärder: Arbete pågår med digitalisering av introduktion för nya medarbetare, med förväntad lansering i slutet av november 2025. I checklistan över aktiviteter som ingår i introduktion av nya medarbetare har HSF bland annat lagt till genomgång av delegationsordningen.

Resultat- Följsamhet till vårdförlopp för Sepsis

Sepsis är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och för tidig död på sjukhus.

Revidering och utveckling av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för Sepsis har skett på Gotland.

Kontrollen avsåg kontrollera att rutiner för Sepsis var aktuella samt att det fanns kunskap om dessa i berörda verksamheter.

Efter beslut om internkontroll på vårdförlopp Sepsis meddelades att LÖF (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) inom ramen för projektet Säker

sepsisvård skulle genomföra en extern granskning av sepsisvården på Visby lasarett. För att undvika dubbelarbete beslöts därför att den externa granskningen skulle användas även som internkontrollsmoment.

Metod: Självvärdering, granskning av granskningsteam, intervjuer och besök.

Resultat: Visby lasarett är ett litet sjukhus och nyttjar fördelarna med detta för att lösa dess stora utmaningar som kommer med att bland annat befinna sig på en ö. Det finns ett nära samarbete mellan enheterna och granskningsteamet uppfattar att personal är både engagerade och lösningsorienterade. Generellt verkar personalen tycka att det är en positiv och stöttande kultur vid rådfrågning.

Visby lasarett har en fungerande larmkedja för sepsis och har även aktivitetsplaner för sepsis, dock används de ej i full utsträckning på alla avdelningar.

NEWS2 (ett system för att följa en patient över tid avseende vitala parametrar och risk för försämring) används men har inte etablerats fullt ut på alla avdelningar vilket bör göras snarast. Det finns även ett stort behov av utbildning om sepsis, inom alla yrkeskategorier och alla enheter/kliniker, ända från vårdcentral till rehab.

Det framkommer även att det finns brister i kunskapen hos vårdpersonal om vikten av korrekt och snabb hantering av blododlingar efter att dessa är tagna.

Analys och slutsats: Kontrollen anses som godkänd med förslag på förbättringsområden.

Åtgärder: Den externa granskningen föreslog förbättringsområden. Sjukvårdens ledningsgrupp har fattat beslut om följande åtgärder:

1. Övergripande införande av NEWS2
2. Kartlägg utbildningsbehov och se över befintlig struktur/material
3. Skapa struktur för korrekt diagnosättning och uppföljning av larmen
4. Säkerställ tidig kontakt med infektion vid alla sepsispatienter
5. Utbilda alla enheter om korrekt hantering av blododlingar
6. Utbilda och informera kring vikten av att skriva avvikelser och hantera dessa.

Åtgärderna ovan avses vara genomförda första kvartalet 2026.

Resultat-Referenstagning vid anställning

En felaktig rekrytering är ofta kostsamt ur ett ekonomiskt perspektiv men också utifrån att det ofta får stora effekter på verksamheten. Referenstagning är en del i rekryteringsprocessen och syftet är att säkerställa och verifiera att kandidaten är den vi uppfattat att den är i våra intervjuer liksom att följa upp om det finns oegentligheter som inträffat i någon tidigare anställning. Enligt anvisning ska minst två referenser tas.

Kontroll görs av efterlevnad av anvisning för referenstagning.

Metod: Kontroll av samtliga utannonserade tjänster i rekryteringssystemet, som lett till tillsättning. Urvalsperioden var augusti 2024 till och med januari 2025. De 52 rekryteringarna som lett till tillsättning det senaste halvåret kontrollerades.

Vid avslut av rekrytering i rekryteringssystemet Varbi måste ansvarig rekryterare intyga att dokumenterade referenser bifogats i systemet genom checklista. Denna funktion är tänkt att säkerställa att referenser tagits och dokumenteras enligt rutin.

Avslutade rekryteringar kontrollerades avseende:

- Om referenser bifogats i rekryteringssystemet. Alternativt om digital referenstagning använts, vilket automatiskt registrerar referenser på ärendet.
- Antal tagna referenser. Rekommenderat antal är två.

Resultat: Totalt har 52 rekryteringsärenden kontrollerats. Av dessa finns registrerade dokument för referenser för åtta ärenden. Övriga 44 saknar dokument för referenser.

Av de åtta rekryteringsärenden som innehåller referenser har det i sju fall tagits två referenser, och i ett fall har en referens tagits.

Sex av de åtta rekryteringar där referenser tagits avser enhetschefstjänster, de andra två avser sjuksköterska respektive ST-läkare.

Analys och slutsats: Kontrollen har genomförts enligt ovan baserat på rekryteringsprocessen vilken inkluderar rutin för dokumentation av referenser. Denna dokumentation är avgörande för att kontroll av referenstagning ska kunna genomföras. I vilken omfattning referenser faktiskt tagits men dokumenterats på annan plats går alltså inte att säkerställa. I sådana fall har avvikelser från rutin om dokumentation gjorts.

Det är en avvikelse att ansvariga rekryterare i 80% av rekryteringarna väljer att intyga att referenser tagits och dokumenterats i systemet, trots att så inte skett. Det kan sannolikt förklaras av bristande kunskap och kännedom om rekryteringsprocessens olika steg och dess fulla innebörd.

Tydlig och detaljerad information kring rekryteringsprocessen och checklista med bland annat krav på dokumentation av referenser finns på intranätet, men informationen verkar inte ha nått ut i tillräcklig omfattning.

Kontrollen är således inte godkänd.

Åtgärder: Efter kontrollen har tjänsten för digital referenstagning marknadsförts och informerats om internt. Via information i veckobrev och nyhet på intranätet har förvaltningens chefer informerats om hela rekryteringsprocessen. I kommunikationen hänvisades till utbildning i

rekrytering och informerades om digital referenstagning med länkar till mer information och till guider. En uppföljande kontroll har visat på en ökning av efterlevnaden. För att ytterligare tydliggöra hanteringen kommer den checklista som används vid avslut av rekryteringsärende att revideras. Det behövs en fortsatt uppföljning för att vid behov kunna vidta åtgärder.

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.

Fördelning arbetsmiljöansvar:

Vid ny uppföljning i februari 2025 har samtliga chefer inom sjukhuset, psykiatri, primärvården, förvaltningskansliet och e-hälsa/MTA med arbetsmiljöansvar registrerade arbetsmiljöfördelningar. Inom tandvården saknas registrerad arbetsmiljöfördelning för två enhetschefer på grund av sjukskrivningar, vilket innebär att tandvårdschefen har arbetsmiljöansvaret för dessa enheter tills vidare. Bedömning: Kontrollen visar att skriftlig fördelning av arbetsmiljöansvar sker i enlighet med Region Gotlands fastställda rutin. Kontrollen bedöms således som godkänd. (HSN § 30).

Åtgärder för internkontroll följsamhet till basala hygien- och klädrutiner: Vårdhygien arbetar kontinuerligt med att utbilda och påminna medarbetare om rutinerna och vikten av att följa dem, hitta nya sätt att nå fram, använda infektionsverktyget och AntibiotikaSmart. Ett utökat fokus på nära samarbete med verksamheterna och framtagning av handlingsplaner har påbörjats.

Bedömning

Kontrollen Fakturakontroll har bedömts som godkänd. Kontrollen Följsamhet till vårdförlopp för Sepsis har bedömts som godkänd med förbättringsområden. Övriga kontrollpunkter bedöms som ej godkända. Åtgärder har eller kommer att vidtas för dessa.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse hälsa-och sjukvårdsförvaltningen daterad 2025-11-19

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Marie Loob
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Skickas till

Regionstyrelsen