

Uppföljning intern kontroll 2023

I reglementet för internkontroll anges att regionstyrelsen och nämnder årligen ska upprätta en särskild plan för granskning och uppföljning av den interna kontrollen. Kontrollplanen ska inarbetas i förvaltningsplanen och rapporteras till nämnderna och regionstyrelsen i samband med delårsrapport 2. En samlad granskningsrapport rapporteras till regionstyrelsen efter delårsrapport 2.

Beslutsnivå (RS eller nämnd)	Granskningsområde	Berört reglemente, policy eller regler	Metod för granskningen	Resultat av granskningen	Åtgärder
RS -När-vården	Kontroll av loggranskning	Rutin för loggranskning (under framtagande)	Stickprov på om loggranskning har genomförts inom verksamheterna	Granskningen visar att samtliga verksamheter inte följer rutinen för loggkoll.	Handlingsplan upprättas under hösten för att säkerställa att samtliga verksamheter framgent följer riktlinjerna.
RS -CIFU	Biobank och säker lagring, delning och uttag av forskningsdata	Rutiner	Stickprovskontroll på lagring, delning och uttag av forskningsdata	Nya rutiner för Biobanksprover har tagits fram centralt från Biobank Sverige. Dessa började gälla från 12 september 2023. Därför har inga stickprovskontroller gjorts gällande dessa nya rutiner. Däremot gjordes stickprovskontroller innan genomförandet vilka visade att i princip ingen verksamhet hade implementerat den information som gick ut i chefsnytt under maj månad innevarande år. Vi kan därför konstatera	Sammantaget kan vi konstatera att mindre avvikelser hittats vid internkontrollerna och att dessa föranlett både informations- och utbildningssatsningar. Men vi önskar även ett bättre informationsöverföringssystem än exempelvis chefsnytt för omfattande och genomgripande förändringar av rutiner och arbetsätt som påverkar större delen av regionens verksamheter.

				att chefsnytt är en otillfredsställande informationskanal för dylika regionövergripande rutinförändringar. Gällande lagring och delning av data har dels CIFU själva och dels FDS tillsammans med Dataskyddsombudet genomfört stickprovskontroller. Sammanfattningsvis visade dessa att både lagring och delning av data blivit mycket bättre, men att det fortfarande finns vissa verksamheter som omedvetet fortfarande lagrar och delar data på ett otillfredsställande sätt. Ytterligare information och utbildningsinsatser har genomförts, liksom att vissa lagringsytor har tagits bort från regionens system.	
RS - CIFU	Forskningsprocessen	Riktlinjer, rutiner och instruktioner	Stickprovskontroll av några forskningsprojekt för att säkerställa att hanteringen är rättssäker och enligt riktlinjer mm	Samtliga nya forskningsprojekt som registrerats sedan maj 2022 har kontrollerats. Endast minder avvikelser har noterats som exempelvis att fel person har anmälts och registrerats som attestant för forskningshuvudmannen i etikprövningsansökningar. Tidigare har	Fortsatt information.

Datum

2020-11-03

				olika personer kunnat signera, exempelvis verksamhetschefer, men sedan 2022 är det forskningsdirektören som är attestant. Dessa mindre avvikelser bryter inte mot patient- eller forskningspersonssäkerheten utan är mer av administrativ karaktär.	
RS	Kontroll av löneutbetalningar genom att kontrollera att signering sker av utanordningslistan i Heroma.	Instruktioner	Att gå igenom utanordningslistan i Heroma och kontrollera att denna signerats av ansvarig chef i systemet. Kontrollmånad: maj.	Totalt 509 underlag varav 179 är signerade. RUF: 21 underlag varav 1 är osignerad Finansiering: 46 underlag varav 13 är osignerade HMC: 8 underlag varav 0 är osignerade Närvården: 14 underlag varav 3 är osignerade FSF: 46 underlag varav 13 är osignerade Digitalisering: 11 underlag varav 2 är osignerade RK: 48 underlag varav 18 är osignerade NAV: 4 underlag varav 1 är osignerad KFN: 10 underlag varav 1 är osignerad	Det har genomförts informationsutskick, erbjudande om utbildning liksom förtydligande och förenklande av instruktioner för rutinerna inom HSF. HSF ska återigen ge uppdrag till Löneservice att genomföra riktade informationsinsatser i form av möten med verksamhets- och enhetschefer. Riktad information till verksamhetschefer samt säkra att alla chefer får mejlpåminnelse.

				HSN: 287 underlag varav 124 är osignerade Kostnämnden: 14 underlag varav 3 är osignerade	
RS - FSF	Kontroll av arbetssätt avseende beställning och behörighetstilldelning (passerkort/nycklar) utifrån medarbetares uppdrag samt avslut	Riktlinjer, rutiner och instruktioner	Kontrollera gällande internt regelverk, intervjuer med berörda roller samt stickprovskontroll i berörda verksamheter	Ett övergripande strukturellt arbete krävs inom området i samverkan med Säkerhetsenheten innan nivån att enklare stickprovskontroller kan genomföras. • Kännedom om internt regelverk låg • Otydligt ägandeskap och benämningen på passagegrupper • Stora passagegrupper, många servicemedarbetare med hög passagebehörighet • Passagebehörigheter avslutas inte i tillräcklig utsträckning vid förändrad anställning eller organisationsförändringar	• Kunskapshöjande insats till alla chefer. • Säkerställ erforderliga interna rutiner • Avsluta felaktiga passagebehörigheter i listutdrag • Inventera och avsluta lånekort • Påbörja genomförandet av årlig revision
RS - FSF	Kontroll om vi har rutiner och omfallsplaner för att styra om/säkra leveransförmågan för tillgången på material/drivmedel/elektronik mm?	Rutiner	Kontrollera gällande rutiner och att de följs. Kontrollera om det finns omfallsplaner.	Granskning ej genomförd Pågår regionövergripande RSA-arbete och framtagning av modell för kontinuitetsplanering i verksamheter under 2023 av Säkerhetsenheten. Beslut i ledningsgruppen att skjuta på granskningen till tidigast	Kontinuitetsplanering påbörjas när ny modell är utarbetad och tidsplan satt.

Datum

2020-11-03

				2025. Kost genomför nämnduppdraget 2023. Arbetet sker i samverkan med Säkerhetsenheten som utarbetar modellen.	
RS	Kontroll av om inköpen görs utifrån upphandlade eller direktupphandlade avtal	Inköbspolicy	Stickprovskontroll. Kontroll har utförts för perioden jan-juli 2023 på gjorda livsmedelsinköp, inköp av kontorsmaterial samt kost och logi kurs Sverige utifrån fakturakontering.	Livsmedel: 3 625 inköp har genomförts varav 2 459 inköp har skett hos upphandlade leverantörer. Inköpsbelopp utanför avtal är 4,3 mnkr (totalt inköp 40,0 mnkr). Kontorsmaterial: 3 046 inköp har genomförts varav 2 774 inköp har skett hos upphandlade leverantörer. Inköpsbelopp utanför avtal är 0,7 mnkr (totalt inköp 2,4 mnkr). Kost och logi kurs Sverige: 1 076 inköp har genomförts varav 677 inköp har skett hos upphandlad leverantör. Inköpsbelopp utanför avtal är 1,6 mnkr (totalt inköp 3,4 mnkr).	Information på ledningsgrupper samt kontroll av vilka enheter som gjort felaktiga inköp och riktad information till dessa. Se över avtalsformer för vissa produktgrupper kopplat till försäljningsenheter. Inköpsenheten får i uppdrag att säkra att avtalsdatabasen är uppdaterad med alla aktuella avtal.
RS	Kontrollera om rutiner fungerar för analog kommunikation om de digitala kanalerna har driftstörningar vid krissituation (intern kom-	Kommunikationspolicy/Regional kris- och katastrofplan RV	Stickprovskontroll	CK, CA, FSF och FDS har genomfört en scenariobeskrivning över vilka regionövergripande kanaler som fortsatt kan användas i händelse av bortfall av olika delar av IT-systemen. CA har beslutat om och genomfört uppsättning av särskilda	Stickprov i form av en övning kommer att genomföras i januari 2024 när samtlig utrustning är installerad och verksamheten informerad.

	munikation och samhällsviktig kommunikation mot invånare)			anslagstavlor på sjukhusen där information ska kunna ges vid bortfall av samtliga digitala kanaler. CK har presenterat ett koncept för kriswebb för FDS där status i arbetet är pågående.	
RS	Kontrollera att våra digitala kanaler och tjänster är tillgängliga för alla invånare. Digital tillgänglighet innebär att ingen ska hindras från att använda digital service på grund av funktionsnedsättning.	Aktuell lagstiftning, Hållbarhetsprogrammet	Stickprovskontroll på digital information	CK genomför årliga mätningar av de tre webbar som CK har utvecklingsansvaret för, det är Regionvastmanland.se, Vårdgivarwebben och Regionvastmanland.se/intranät – samt de ingående syskonwebbarna. Mätningarna följer upp följsamhet till tillgänglighetskraven och i de årligen upprättade utvecklingsplanerna samt i ordinarie löpande förbättringsarbete så omsetts avvikelserna i förbättrad följsamhet. Detta gäller både den tekniska infrastrukturen, mallar och redaktörernas arbetssätt. Brister finns framförallt gällande pdf-dokument.	CK har startat upp ett arbete för att säkerställa att pdf:er som publiceras på de webbar som CK ansvarar för motsvarar tillgänglighetskraven.
RS	Informationssäkerhet - att medarbetarna genomgått grundläggande infosäkerhetsutbildning	Informationssäkerhetspolicy	Kontroll på kompetensplatsen	880 medarbetare har genomgått utbildningen enligt utdrag i Kompetensplatsen. Grupputbildningarna har ibland skett utan att den på	Information och uppmaning om att efterleva regelverket via verksamheternas ledningsgrupper.

				personnivå registrerats på Kompetensplatsen.	Riktad information till de som ej genomgått utbildningen samt säkerställa att de som genomgått utbildningen, exempelvis i grupp, registrerar detta på Kompetensplatsen så att det går att följa att samtliga har genomfört utbildningen. Regionfastigheter inför heldagsutbildning under hösten.
RS - NAV	Allvarliga störningar i Regionens befintliga verksamheter pga byggnation av Akutsjukhuset	Synergi – kopplat till patientsäkerhet	Kontroll av antal vårdavvikelse - synergiärenden kopplade till byggnation av Akutsjukhuset	0 vårdavvikelse	Ingen åtgärd behövs
RS - NAV	Störningar i framdrift av Program Nytt Akutsjukhus pga anpassning för att inte störa befintliga verksamheters produktion	Interna avvikelser mäts i programmet	Kontroll av antal förskjutningar av tidplanen och tillhörande kostnader kopplade till Program Nytt Akutsjukhus	Resultat: 4 st Störningar i framdriften har uppkommit då gamla högspänningskablar påträffats på 3 ställen. Dessa fanns ej dokumenterade men var tagna ur drift. Sprängningsarbetet tar längre tid då antalet sprängningstillfällen per dag är begränsat av verksamheten samt även storlek på sprängladdning begränsats.	Programmet har en löpande dialog med Fastighet- och Serviceförvaltningen och med entreprenörerna för att i ett tidigt skede identifiera störningar och planera för hur effekterna kan minimeras.

RS - NAV	Sena ändringar som ger upphov till tilläggsbeställningar till externa leverantörer	Programdirektiv och senast gällande beslut om omfattning	Kontroll av antal tillkommande beställda uppdrag (ÄTOR) överstigande 5 mnkr per ändring	0 st	Ingen åtgärd behövs
RS - NAV	Förändrat uppdrag	Programdirektiv och senast gällande beslut om omfattning	Kontroll av om nytt beslut har fattats av RF avseende programmetts uppdrag eller omfattning	0 st	Ingen åtgärd behövs
RS - NAV	Olyckor per 100 000 utförda entreprenörstimmar	Arbetsmiljölagen	Kontroll av antal rapporterade incidenter från entreprenörer	Fram tom 221231: 53 000 utförda entreprenadtimmar, 21 incidenter, 2 olyckor utan sjukskrivning och 0 med sjukskrivning 230101-230831: 50 000 utförda entreprenadtimmar, 15 incidenter, 8 olyckor utan sjukskrivning och 0 med sjukskrivning	Alla som arbetar med byggnationerna ska genomgå obligatoriska säkerhetsutbildningar. Skyddskläder kontrolleras i samband med skyddsronder. Om programmet uppmärksammar brister i säkerheten ska dessa meddelas till entreprenören.
Nämnd/förvaltningsspecifik intern kontroll					
RUN	Hantering av kemikalier. Följsamhet i systemet KLARA, efterlevnad av reg-	Riktlinje och instruktion	Kontroll av utförd årlig inventering	Förvaltningen har två verksamheter som hanterar kemikalier; Tärna folkhögskola och Kultur och ideell sektor. Båda verksamheterna har utfört den årliga inventeringen	Genomgång av instruktioner som avser kemikaliehantering hos berörd personal inom de

	ionens riktlinje och instruktion för hantering av kemikalier			enligt Regionens instruktion "Inventering Klara". Kemikalier ska enligt arbetsmiljö- och miljölagstiftningen riskbedömas och denna hantering saknas till viss del hos båda verksamheterna.	två verksamheterna som hanterar kemikalier inom förvaltningen.
HSN	Följsamhet till Vårdhygieniska riktlinjer i Region Västmanland	Riktlinje 21774-6	Mätning av observation/självskattning initieras av förvaltningen. Mätning utifrån standardiserade protokoll	Kläd- och hygienrutiner: Utfall 74,1 %, målvärde 90 %.	Avvikelse hanteras genom uppföljningar på områdesnivå.
HSN	Följsamhet till HSLF-HS 2017:37 och Vårdhandboken	Rutin 5769-4 samt 5775-3	Kontamination: "wipetest" för kontroll av kontamination av antibiotika i läkemedelsrum. Mikrobiologisk kontroll av iordningställda parenterala läkemedelsberedningar har ej utförts eftersom tolkning av ett ev positivt resultat är mycket svårt. Temaveckor med punktprevalensmätning av följsamhet till gällande föreskrift	1) Generellt acceptabel handdesinfektion inför iordningställandet. 2) Slutna system används men skyddande bordsunderlägg används sällan. 3) Noterat skillnader hur följer rutiner följs i verksamheten. Obs! Antal observationer är begränsat.	1) Använd erfarenhet från genomförd pilot för att ta fram bra modell för "temaveckor" 2) Dialog med Vårdhygien har initierats med mål att definiera Vårdhandbokens term "aseptisk teknik". Idag saknas regional samsyn hur "aseptisk teknik" utförs 3) Initiera en analys av s.k. confounding factors för att planera wipe-test och möjliggöra tolkning av resultat.

			vid iordningställande samt läkemedelsavvi- kelser		
HSN	Följsamhet till riktlinje 27129-3 Omvårdnadsdoku- mentation i patientjournal	Riktlinje 27129-3	Journalgranskning med frågeställning; identifieras riskområ- den, upprättas vård- planer och utförs åtgärder på klinik? Granskningen har om- fattat ca 100 sluten- vårdstillfällen med vårdtid på >48 h.	Riskområden identifieras vid 90% av granskade vårdtillfällen. Vård- planer upprättas i olika stor om- fattning där kliniker med stort en- gagemang kring dokumentations- frågor upprättar vårdplaner i hög grad. Utförda åtgärder och utvär- dering av mål dokumenteras vid drygt hälften av aktuella vårdtill- fällen.	I pågående projekt "Utveckla arbetssätt och säkra kompe- tens" ingår dokumentation som delprojekt. Målet är att säkra utbildning samt skapa arbets- sätt och rutiner för en god och effektiv omvårdnadsdoku- mentation.