

Handläggare:

Tommy Sandegran

Yttrande över revisorernas rapport om löpande granskning av intern kontroll 2008

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2008-10-21 att överlämna rapport om löpande granskning av intern kontroll 2008 till hälso- och sjukvårdsnämnden för kännedom och med möjlighet till yttrande.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att överlämna föreliggande tjänsteutlåtande som sitt yttrande över revisionsrapporten samt

att omedelbart justera beslutet

Förvaltningens synpunkter

Revisorerna avger i sin rapport åtta rekommendationer. Av dessa anges att två bör åtgärdas före slutrevision 2008 samt resterande sex före utgången av 2009. Därutöver framför revisorerna ett antal iakttagelser som inte leder till några rekommendationer. Nedan besvaras de två rekommendationer som ska åtgärdas före slutrevision 2008. Den ena behandlas i själva tjänsteutlåtandet medan den andra besvaras i bilaga 1. Revisorernas rekommendationer visas i kursiv stil.

Rekommendationer som ska åtgärdas före slutrevision 2008

Den interna kontrollen av fakturering inom närsjukvård bör förbättras

Förändringar i uppdrag och ersättningsmodeller 2008 har ställt nya krav på faktura-underlag och en mer detaljerad fördelning av olika ersättningar. De nya ersättningsmodellerna blir mer detaljrika och komplexa och ställer därmed större krav på IT lösningar. HSN-förvaltningen har inte på ett tillfredsställande sätt fått fram de underlag som krävs för vårdgivarnas fakturering och inte heller för att kunna göra bra uppföljningar och prognoser.

Under året har en grupp arbetat med att göra en kartläggning över synliga problemområden och ta fram en åtgärdsplan. Gruppen har gjort en processbeskrivning för varje vårdområde och skrivit rutiner/checklistor som ska följas vid tecknande av nya

Bilagor

1. Sammanställning över vårdgivare som fakturerar elektroniskt
2. Revisorernas rapport över intern kontroll 2008

avtal. Detta förväntas underlätta och förbättra arbetet med uppläggning av nya koddelar och styrtabeller till respektive avtal. Underlagen för faktureringen bör därigenom bli påtagligt bättre.

En annan grupp har under hösten arbetat med att rätta upp felaktigheter i registrering och bokföring. Utgångspunkten har varit att först gå igenom alla interna system som påverkar ersättningarna. Gruppen har börjat med vårdområdena allmänmedicin och psykiatri där de största problemen ringats in. Problemen har sorterats och grupperats efter art. Genomgång har skett av kombikakoder (kombikakoden identifierar vårdgivaren och vilken verksamhet som bedrivs) och dess koppling till uppdrag. Rättningar i och kontroll av kodserver och styrtabeller har gjorts. Efter detta har en systematisk genomgång skett för varje leverantör och felregistreringar har rättats. Utbildningar i registreringsrutiner sker kontinuerligt. Kontakt har tagits med leverantörer med stort antal felregistreringar och ett flertal leverantörer har besökts vid mottagningen. Detta kontroll- och rättelsearbete har varit en förutsättning för att tillämpa elektronisk fakturering

Under året har elektronisk fakturering införts genom systemet Vårdfaktura vilket syftar till att förbättra kvaliteten och snabba upp faktureringsrutinen. Den elektroniska faktureringen minskar den manuella hanteringen. Vid utgången av december månad kommer 105 vårdgivare att ha gått över till elektronisk fakturering. Den största delen av dessa är fotvårdare. I något lägre utsträckning har även logopedier, barnhälsövårdsmottagningar och husläkarmottagningar övergått till elektronisk fakturering. Målet är att under 2009 successivt införa elektronisk fakturering för alla husläkarmottagningar.

Fler vårdgivare (än idag) fakturerar med stöd av Vårdfaktura

Vid utgången av december månad 2008 har 105 vårdgivare övergått till elektronisk fakturering via systemet Vårdfaktura. Dessa fördelar sig på vårdgivarkategorier enligt nedan:

- Fotsjukvård med 53 stycken
- Barnhälsovård med 18 stycken
- Husläkarverksamhet med 17 stycken
- Logopedi med 17 stycken

I bilaga 1 lämnas en mer detaljerad redovisning över de vårdgivare som under år 2008 övergått till elektronisk fakturering via systemet Vårdfaktura.

Rekommendationer som ska åtgärdas före utgången av år 2009

- *Revisionen vill lyfta fram vikten av att fortsätta utveckla verksamhetsplaneringen till ett reellt styrinstrument*

Utomlänsvård

- *Fortsätt med effektivisering av bedömningsprocessen för riksavtalsärenden*
- *Effektivitet i processen för fakturering av utomlänsvård bör förbättras med bibehållen intern kontroll*
- *Resultatinformation om utomlänsvård bör förbättras för att ge underlag för uppföljning och analys*

Avdelningen för särskilda vårdfrågor

- *Dokumentera väsentliga processer/rutiner (såvida inte systembeskrivningar anses tillräckliga) för att minska sårbarhet, underlätta introduktion av nya medarbetare och underlätta enhetlig hantering*
- *Se över administrativa processer (t ex tandvårdsbevis) i samband med utveckling av nya stödsystem*

Ovanstående sex rekommendationer avser förvaltningen jobba med under 2009 så att de ska bli en naturlig del av vårt arbetssätt.

Catarina Andersson Forsman

Kjell Nyberg

Vårdgivare som fakturerar med stöd av Vårdfaktura fr o m den 1 januari t o m den 31 december 2008

Husläkarverksamhet

Vårdgivare (namn, benämning)	Tillkom (datum)
Capio Axess Akuten AB	2008-10-02
Kvalita Hagsätra vårdcentral	2008-10-02
Kvalita Högdalens vårdcentral	2008-10-02
Kvalita Årsta vårdcentral	2008-10-02
Kvartersakuten Tegnérgatan	2008-10-02
Lidingö Doktorn	2008-10-02
Räcksta-Vällingby Närvårdsmottagning	2008-10-02
Stureplans husläkarmottagning	2008-10-02
Vallentuna Husläkargrupp	2008-10-02
Vårdcentralen i Skarpnäck	2008-10-02
Vårdcentralen Kronan	2008-10-02
Älta primärvård AB	2008-10-02
Djursholmsdoktorn AB	2008-10-31
Vallentuna Doktorn AB	2008-10-31
Taptogatans husläkare	2008-12-31
Tyresöhälsan Hlm	2008-12-31
Hälsocentralen Akka	2008-12-31

Vårdgivare som fakturerar med stöd av Vårdfaktura fr o m den 1 januari t o m den 31 december 2008

Barnhälsovård

Vårdgivare (namn, benämning)	Tillkom (datum)
Hantverksdoktorn AB	2008-05-21
Barnhälsan Kvarnen AB	2008-06-03
Barnhälsan Täby ekonomisk förening - Attur	2008-06-03
BVC Barntorget AB Axelsberg	2008-06-03
BVC Barntorget AB Gröndal	2008-06-03
Curera Sjukvård AB, Hornstull	2008-06-03
Kvartersakuten Matteus. AB	2008-06-03
Kirstens familjehälsa	2008-10-31
Sköndals Husläkarmottagning KB	2008-10-31
Älta primärvård AB	2008-10-31
Barnmorskegruppen Mama Mia AB	2008-12-01
Läkarmottagningen Riddarfjärden AB / BVC	2008-12-01
Nya Storvreten vårdcentral AB	2008-12-01
Tungelsta Husläkare AB / BVC Tungelsta	2008-12-01
Tyresöhälsan Husläkare AB / BVC Tyresöhäl	2008-12-01
Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB	2008-12-31
Hälsocentralen Akka	2008-12-31
KvaLita Bro hälsocentral AB	2008-12-31

Vårdgivare som fakturerar med stöd av Vårdfaktura fr o m den 1 januari t o m den 31 december 2008

Fotsjukvård

Vårdgivare (namn, benämning)	Tillkom (datum)
Aktiv Fotvård LT	2008-04-29
Brandbergens Fotvård	2008-04-29
Elisabets Fotvård	2008-04-29
Fotvården Lena Honkanen	2008-04-29
Jakobs medicinska Fotvårdsklinik	2008-04-29
Lilltå, Lilians med. fotvård	2008-04-29
Lisebergs medicinska fotvårdsklinik	2008-04-29
Malmens Fotvård	2008-04-29
Midsommarkransens med. fotvård	2008-04-29
Åse-Marie´s Fotvård	2008-04-29
Ana Marias Med Fotvård	2008-06-03
Andras Fötter Anita	2008-06-03
Ann-Britt Abrahamssons Fotvårdsklinik	2008-06-03
Axelsbergs Fotvårdsklinik	2008-06-03
Fotvalvet Mimmi Gustafsson	2008-06-03
Gunbritt Assfahanys Fotvård	2008-06-03
Kvartersakuten Matteus	2008-06-03
Byholmens Fotklinik	2008-12-02
Camilla E´s Make-up & fotvård	2008-12-02
Ewa Janzons med. Fotvård / Väderkvarnen	2008-12-02
Evas Medicinska Fotvård	2008-12-02
Fotsjukvård Lis-Marie Kaneberg	2008-12-02
Fotverkstan	2008-12-02
Fotvården Vasen	2008-12-02
Fotvårdspraktiken / Fotv Ashman	2008-12-02
Fruängens medicinska Fotvård	2008-12-02
Kaisas fotvård	2008-12-02
Kastanjens Medicinska fotvård	2008-12-02
Kirstens Kroppsvård	2008-12-02
Lesly´s med. Fotvård	2008-12-02
Miriam Piltaver	2008-12-02
Paradisfoten	2008-12-02
Renates Beauty & Body Care	2008-12-02
Rios Medicinska Fotvård	2008-12-02
Serafimergränds Fotsjukvård	2008-12-02
Stureplans fotvårdsklinik	2008-12-02
Tyresöhälsan Husläkare AB	2008-12-02
Ullas Fotvård	2008-12-02
Vanjas medicinska fotvård	2008-12-02
A Pie Fotvård & Massage	2008-12-31
Altelje "Freshen Up" Hud och Fothälsan	2008-12-31
Bredängs friska fötter	2008-12-31
Eva Lindhfors Medcinska Fotvård	2008-12-31
Fotterapeut Karin Glimhester	2008-12-31
Isas fotvård	2008-12-31
Karin Ossiander	2008-12-31
LaNi Service AB/Skärholmens fotvårdsklinik	2008-12-31
Lauras Fotvård	2008-12-31

Lidingö Fotvård / Fotv Aspengren Marita	2008-12-31
Michelles Fotvård	2008-12-31
Suzannes fotsjukvård	2008-12-31
Trötta fötter	2008-12-31
V:s Fina Fötter	2008-12-31

Vårdgivare som fakturerar med stöd av Vårdfaktura fr o m den 1 januari t o m den 31 december 2008

Logopedi

Vårdgivare (namn, benämning)	Tillkom (datum)
ABC Logopedtjänst	2008-06-03
Camilla Romedahl Röstlogoped	2008-06-03
Djembe HB	2008-06-03
Inggerd Kvist Berggren Logopedpraktik	2008-12-01
Logopedpraktik Nacka	2008-12-01
Logopedpraktik på Södermalm	2008-12-01
Språk och Kommunikation (SPOK)	2008-12-01
Annika Floods logopedmottagning	2008-12-31
Isotes kommunikatön	2008-12-31
L & S Logopedi	2008-12-31
Logoped Anna Zällh	2008-12-31
Logoped Marie-Louise Schück	2008-12-31
Logopedpraktik PÅ tal	2008-12-31
Pita-pita logopedpraktik	2008-12-31
Resursteamet i Stockholm HB	2008-12-31
Susanne Axner / Logopedpraktik Högdalen	2008-12-31
Åslög Rosén, Röstkonsult, Täby Logopedpra	2008-12-31

LANDSTINGS- REVISORERNA

Rapport över löpande granskning 2008 Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN)

- Styrningen bedöms preliminärt som **Acceptabel**. Målen är i överensstämmelse med fullmäktiges beslut och det finns utvecklade processer för återrapportering
- Den interna kontrollen bedöms preliminärt som **Acceptabel**. Det finns fortfarande stora brister i den interna kontrollen av fakturering i närsjukvården trots att åtgärder har vidtagits
- Räkenskaperna bedöms preliminärt vara **Rättvisande**
- Den interna kontrollen i projektet Vårdfaktura har förbättrats, men systemet är fortfarande i testversion och är ännu inte i full drift
- Problemen med att uppfylla vårdgarantin kvarstår. För att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården har flera åtgärder vidtagits
- Revisionen vill lyfta fram vikten av att fortsätta utveckla verksamhetsplaneringen till ett reellt styrinstrument

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rapport över löpande granskning 2008 Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN)

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2008-10-21

att överlämna promemorian till Hälso- och sjukvårdsnämnden för
kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2009-01-30 samt,

att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö
ordförande



Agneta Fohlström
sekreterare

Sammanfattning

Nedan sammanfattas rapporten över den löpande granskningen vid Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) år 2008. Den årliga granskningen har givit följande preliminära bedömningar. Slutliga bedömningar kommer att lämnas i årsrapporten.

	Oacceptabel	Ej helt acceptabel	Acceptabel	Bra
Styrning			X	

	Oacceptabel	Ej helt acceptabel	Acceptabel	Bra
Intern kontroll			X	

	Ej Rättvisande	Ej helt rättvisande	Rättvisande
Räkenskaper			X

Styrningen bedöms preliminärt som acceptabel. Kontrollmålen är i huvudsak uppfyllda. Målen är förenliga med fullmäktiges mål och det finns utvecklade processer för återrapportering. Målen om ekonomisk balans och ökad tillgänglighet står högt på dagordningen. Helårsprognosen pekar mot ett överskott på ca 100 mkr jämfört med budgeterat nollresultat. Problemen att uppfylla vårdgarantin kvarstår. För att förbättra tillgängligheten har flera åtgärder vidtagits.

HSNf:s avtalsuppföljning i form av avstämningsmöten med sjukhusen har nedprioriterats i år till förmån för utvecklingsarbetet med flerårsavtal. Uppföljning har gjorts vid månadsbokslut av volymer och kostnader som jämförts med avtal. Vid avvikelser har djupare analyser gjorts.

Interna kontrollen bedöms preliminärt vara acceptabel. Flera av kontrollmålen är uppfyllda. Brister finns i den interna kontrollen på närsjukvårdsavdelningen avseende fakturering och kontroll som ger följd effekter för prognoser, extra manuell hantering, ej effektiv hantering vare sig hos HSNf eller vårdgivare m.m. Revisionens tidigare kritik mot IT-projektet Vårdfaktura har åtgärdats avseende projektdokumentation och styrning av projektet. Men systemet Vårdfaktura är fortfarande i testversionen och används hittills endast av ca 30 husläkarmottagningar. Fotsjukvårdarna, som är en mindre grupp av vårdgivare, använder testversionen utan några stora problem enligt HSNf.

Vi är väl medvetna om att HSN och HSNf har vidtagit ett antal åtgärder som på sikt ger förutsättningar för en god intern kontroll. Den preliminära bedömningen bygger på att kontrollen av fakturering i närsjukvården förbättras och att fler vårdgivare använder Vårdfaktura före slutrevision.

Räkenskaperna bedöms preliminärt vara rättvisande. Vissa iakttagelser har dock noterats för moms- och projektredovisning.

INNEHÅLL

1. REVISIONENS INRIKTNING OCH OMFATTNING	1
2. UPPFÖLJNING AV TIDIGARE REKOMMENDATIONER	1
3. STYRNING	1
3.1 Övergripande styrdokument	2
3.2 Ekonomi i balans	2
3.3 Hög tillgänglighet till vård	3
3.4 Beställarens styrning av hälso- och sjukvård	4
3.4.1 Olika styrverktyg finns.....	4
3.4.2 Uppföljning och styrning av akutsjukhusen	4
3.4.3 Styrning genom Vårdval	5
3.5 Miljö	6
3.6 Intern styrning inom HSN-förvaltningen.....	6
4. INTERN KONTROLL.....	7
4.1 Intern kontrollplan.....	8
4.2 Området IT och IS.....	8
4.3 Upphandling	9
4.4 Ledningsnära kostnader	11
4.5 Skydd mot oegentligheter och bisysslor	11
4.6 Ansvar och befogenheter	11
4.7 Personaladministration – lönehantering	12
4.8 Intern kontroll av vårdvalsfakturor	12
5. RÄKENSKAPER.....	13
5.1 Löpande redovisning	13
5.2 Projektmedel	14
5.3 Moms	14
5.4 Anläggningstillgångar	14
6. FÖRDJUPAD GRANSKNING	14
6.1 Utomlänsvård	15
6.2 Intern styrning och kontroll av avdelningen för särskilda vårdfrågor	15
7. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER/.....	16
 Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer	
Bilaga 2 Kontrollmål för 2008 års revision	
Bilaga 3 Fördjupningar	

1. Revisionens inriktning och omfattning

Härmed lämnas en rapport över den löpande granskningen vid HSN år 2008. Revisionen har utförts i enlighet med kommunallagen, landstingets regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från den av de förtroendevalda revisorerna fastställda revisionsplanen och av revisionsdirektören fastställd planPM för HSN.

Granskningen av delårsbokslutet har rapporterats i särskild PM den 2008-08-26.

Revisionen har skett under ledning av enhetschef Ralf Jonsson. Granskningen har utförts av revisorerna Birgitta Strömbäck, Ulla Jonsson, Anders Olsson samt Anita Weber på revisionskontoret.

2. Uppföljning av tidigare rekommendationer

I 2007 års rapport avseende den löpande granskningen av den interna kontrollen samt i årsrapporten framfördes ett antal synpunkter/rekommendationer. Flertalet synpunkter har delvis åtgärdats.

3. Styrning

Preliminärt omdöme: Acceptabel

Styrningen bedöms preliminärt som acceptabel. Kontrollmålen är överlag uppfyllda. HSN utgår ifrån fullmäktiges mål och uppdrag samt har utvecklade processer för återrapportering. Målen om ekonomisk balans och ökad tillgänglighet står högt på dagordningen.

I månadsbokslutet för augusti prognostiseras överskott på 100 mkr för 2008. Både akutsomatik och primärvård uppvisar produktionsökningar. Det finns fortfarande problem att uppfylla vårdgarantin. För att förbättra tillgängligheten har flera åtgärder vidtagits, t.ex. analys av vårdköer, tilläggsbeställningar och ökad press på vårdgivare att fördela väntande patienter till andra vårdgivare.

HSN:s avtalsuppföljning i form av avstämningsmöten med sjukhusen har nedprioriterats i år till förmån för utvecklingsarbetet med flerårsavtal. Uppföljning har gjorts vid månadsbokslut av volymer och kostnader som jämförts med avtal. Vid avvikelser har djupare analyser gjorts. Förhandlingarna med sjukhusen om 2009 års avtal pågår. I höst har HSN ändrat förhandlingsstrategi utifrån givna ekonomiska ramar som delvis har inneburit att förhandlingarna har fått starta om från början.

Det finns väl utvecklade förutsättningar för en god intern styrning, bl.a. genom att ett nytt systemstöd införts (se 3.6).

3.1 Övergripande styrdokument

Iakttagelser och bedömning:

HSN:s budget 2008 med planeringsramar för 2009-2011 utgår ifrån fullmäktiges direktiv¹. Två övergripande mål gäller för HSN – ”ekonomi i balans” och ”Hög tillgänglighet till vård”. I fullmäktiges budget anges ett antal andra styrsignaler, både i form av uppdragslistan och särskilda satsningar.

HSN följer upp hälso- och sjukvården enligt landstingets övergripande uppföljningsmodell². Modellen ger en struktur för återföring av resultatinformation som ska underlätta styrningen mot en vård på lika villkor. I avtalen finns krav på leverantörernas resultatinformation i samma struktur. Kraven följs upp i samband med avtalsuppföljningar och ska användas som jämförelser mellan vårdgivare. Resultat och effektmål i uppföljningsmodellen rapporteras i delårs- och årsbokslut, samt på webben.

3.2 Ekonomi i balans

Iakttagelser och bedömningar:

HSN har ett mål om ekonomisk balans och nollresultat.

**Prognostiserat
överskott + 100 mkr
för 2008**

I månadsbokslutet för augusti prognostiseras överskott på 100 mkr för 2008. Prognosen bygger bl.a. på att ökningstakten av läkarbesök inom primärvård och vårdtillfällen på sjukhusen har sjunkit. HSNf poängterar i månadsbokslutet att underlag inom psykiatri och primärvård inte är tillförlitliga eftersom det nya faktureringsystemet inte fungerar tillfredsställande. Prognosen för vårdproduktionen 2008 är en ökning av läkarbesök i öppenvård och av slutenvårdstillfällen jämfört med budget.

**Aktivt arbete med
att analysera
vårdköer pågår**

Med utgångspunkt från ett förväntat ekonomiskt överskott och att det finns drygt 5 600 patienter som väntat mer än 90 dagar på behandling³ arbetar förvaltningens tjänstemän aktivt med att analysera köer och göra tilläggsbeställningar.

Revisionskontoret konstaterar att HSN följer ekonomi och verksamhetsutveckling, analyserar avvikelser jämfört med budget och föregående år på en tillräcklig nivå. Vid väsentligare avvikelser görs särskilda utredningar eller revisioner. Vi noterar dock att prognoser görs på osäkra underlag inom psykiatri och primärvård p.g.a. ändrade faktureringsrutiner, manuella underlag och osäkra effekter av ändrade ersättningssystem. Ändrade säsongsvariationer 2008 jämfört med 2007 innebär svårigheter vid jämförelser som utgår från andra förutsättningar. En faktor att beakta är att tiden för fakturering efter månadsskiftet innebär att fakturan inte alltid hinner registreras innan månaden ”stängs” i ekonomisystemet. Istället beräknar HSNf upplupen vård manuellt som bokförs (d.v.s producerad vård men ej fakturerad).

¹ HSN 0704-0344

² Se SLL:s hemsida: <http://www.sll.se/sll/templates/GuidePage.aspx?id=19109>

³ Uppgift per augusti, se bilaga till månadsbokslut september

3.3 Hög tillgänglighet till vård

Iakttagelser och bedömningar:

I HSNs budget finns ca 70 mkr för vårdgarantiåtgärder. I årets vårdavtal med sjukhus och större vårdgivare har volymerna justerats med beaktande av vårdköer. Därutöver kan vårdgarantiärenden redovisas som utomlänsvård (d.v.s. kostnad för riksavtal). HSN har fått utökat landstingsbidrag om 175 mkr för att öka tillgängligheten⁴.

Löpande uppföljning av flera mått på tillgänglighet

I februari 2008 presenterades ”Vård i rimlig tid” för HSN⁵ och förvaltningen fick i uppdrag att genomföra åtgärder enligt rapporten.

I april beslutade HSN också om en handlingsplan för Tillgänglighetsprojektet 2008⁶. Lägesrapporter från projektet har tagits upp i HSN i juni och september som innehållit bl.a. analyser av väntetider och rapportering till CVR-registret (centrala väntetidsregistret). HSNf har under 2008 bland annat analyserat vårdköerna och gjort tilläggsbeställningar för ca 160 mkr (per augusti). Det är framför allt inom ortopedi, allmänkirurgi, ögonsjukvård, gynekologi, öron-näsa-halssjukvård och hud. Det är dock inte säkert att alla vårdgivare har kapacitet att ta emot patienterna i år. Därutöver får HSN information om väntetider och antal väntande patienter i samband med bokslut.

Uppföljning av inkomna ärenden till vårdgarantikansliet, väntetider samt antal väntande patienter till olika vårdgivare görs veckovis till HSNf:s ledningsgrupp.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har tillskrivit ledningar för sjukhusen att gemensamt prioritera arbetet med att minska vårdköer inför årsskiftet, och vid behov flytta patienten till vårdgivare med kortare kö⁷.

Vårdgarantikansliet inom HSNf har bytt telefonisystem till Tele Q för att få en bättre telefontillgänglighet.

Revisionen följer utvecklingen av vårdens tillgänglighet och vårdgarantin i ett separat granskningsprojekt som avrapporteras senare i vinter.

Bedömningen hittills är att HSN har uppmärksammat och prioriterat tillgänglighet och väntetider. Vi ser även positivt på att HSNf aktivt omfördelar resurser i och med den ökade satsningen på att få bort vårdköer. Trots insatta åtgärder kvarstår problemen att uppfylla vårdgarantin.

⁴ LS 0804-0333

⁵ HSN 0704-0284

⁶ HSN 0803-0480

⁷ HSN 0808-0996

3.4 Beställarens styrning av hälso- och sjukvård

3.4.1 Olika styrverktyg finns

Iakttagelser och bedömning:

HSN:s viktigare styrverktyg för uppföljning och styrning av hälso- och sjukvård är avtal och uppdragsbeskrivning samt uppföljning. Ett flertal av fullmäktiges uppdrag verkställs genom ändrade avtalskrav och integreras i löpande leverantörsuppföljning. Detta kan innebära att HSN inte får information om uppdraget har fått önskad effekt i vården eller inte. Exempel: ”Möjlighet till en kontaktperson, en vårdkoordinator, ska ges till de multiviktiga patienter som har utökat behov av tillgänglighet och kontinuitet i närsjukvården”. Av redovisningen framgår att ”uppdraget hanteras inom ramen för översyn av regelboken för Vårdval Stockholm”.⁸ Andra uppdrag är omfattande och får inte effekt förrän nästkommande år.

HSN har gett förvaltningen i uppdrag att lämna mer detaljerad information om vårdens resultat. Förvaltningen utvecklar kvalitetsindikatorer i samverkan med vårdgivare, SPESAK m.fl. HSN har under 2008 fått resultatinformation om vårdval Stockholm. Nästa år ska resultat från sjukhus presenteras enligt den beslutade rankingmodellen.

Förtroendevalda har också policier och vårdprogram – kunskapsstyrning – som styrverktyg. Långtidsutredningen⁹ som anmäldes till HSN i juni kan vara ett kunskapsunderlag för förtroendevalda.

3.4.2 Uppföljning och styrning av akutsjukhusen

Iakttagelser och bedömningar:

Uppföljning av sjukhusavtal 2008

Avdelningen för somatisk specialistvård har 2008 nedprioriterat leverantörsuppföljning till förmån för utvecklingsarbetet med flerårsavtal. Den uppföljning som har gjorts har skett månatligen och vid bokslut. Leverantörsuppföljning har omfattat kostnader och producerad vård. Jämförelser har gjorts med avtalet och med föregående år.

HSNf har iakttagit att den akuta slutenvården har ökat i större omfattning än förväntat. En medicinsk beställarrevision visar preliminärt att ökningstakten kan bero på fler vårdplatser efter vårdplatsutredningen. En högre andel patienter som söker akut läggs in i slutenvården och patienter återkommer oftare till slutenvården jämfört med tidigare (fler slutenvårdstillfällen per patient)¹⁰.

Utveckling av flerårsavtal fr.o.m. 2009

I fullmäktiges budget för 2008 finns direktiv för en ny styrstrategi för akutsjukhusen. Modellen för flerårsavtal beslutades av fullmäktige den 7

⁸ HSN 0802-0337

⁹ HSN 0710-1625

¹⁰ Månadsbokslut t o m augusti och prognos för 2008 för HSN-förvaltningen

oktober¹¹. Modellen innebär att avtalen sträcker sig över tre år. Ansvaret för tillgänglighet och vårdgarantin flyttas till vårdgivarna. Särskilda kvalitetsindikatorer utvecklas och ersättningsmodellen ändras.

Flerårsavtal kommer att innebära att fokus flyttas från avtal/förhandling till resultatuppföljning. Detta ställer andra krav på HSN:s uppföljning och styrning.

Ändrad strategi för förhandlingarna med sjukhusen – "omstart" i september

Processen för 2009 års avtal startade i juni och har i viss mån pågått parallellt med utvecklingen av flerårsavtal. I september valde HSN att ändra strategin i förhandlingarna med akutsjukhusen och förhandlingarna fick börja om på nytt. Strategin innebär att vårduppdraget för de olika sjukhusen ses över för att skapa en långsiktig lösning. Strategin bygger på att Karolinska ansvarar för högspecialiserad och unik vård och att annan bassjukvård flyttas till andra sjukhus.

Avtalen skulle ha varit klara den 12 september, men tidplanen har inte hållits. Sjukhusens ambitionsnivå ligger högre än HSN:s finansiering, och enligt preliminära uppgifter är det ekonomiska gapet ca 1 mdkr. HSN har vid sammanträdet den 16 september fått muntlig information om avtalsläget.

Revisionen granskar processen att ta fram en ny styrmodell för sjukhusen, vilket avrapporteras i december¹². En preliminär bedömning är att modellen för flerårsavtal har tagits fram i enlighet med god intern kontroll. Ett flertal risker finns dock både när det gäller implementering samt innehåll. I övrigt görs ingen preliminär bedömning av förhandlingarna med sjukhus om flerårigt avtal.

3.4.3 Styrning genom Vårdval

Iakttagelser och bedömningar:

HSN:s uppföljning av Vårdval Stockholm 2008 (primärvård)

HSN har följt upp de första fyra månaderna med Vårdval Stockholm (primärvård) och rapporterat om t.ex. om ändrat vårdutbud, nya vårdgivare och ökat antal privata vårdgivare samt ökat antal läkarbesök¹³. Kommande uppföljningsrapport presenteras i november. Noterbart är att uppföljningsrapporten inte innehöll ekonomiska delar, t.ex. en analys av kostnadsbilden.

Patientmixens betydelse för effektiviteten hos 10 utvalda husläkarmottagningar har analyserats i en särskild rapport som har presenterats för HSN.

Revisionen granskar HSN:s uppföljning och styrning av Vårdval Stockholm (primärvård) i ett särskilt granskningsprojekt¹⁴. En fördjupad granskning av HSN:s interna kontroll av fakturering från vårdgivare pågår (se 4.7).

¹¹ LS 0808-0774

¹² Styrningen av akutsjukhusen, RK 200808-85

¹³ HSN 0806-0810

¹⁴ RK200805-57

Förberedelser inför nya vårdvalsområden (ej primärvård) – ökad mångfald
I mångfaldsplanen I och II framgår vilka områden som är aktuella för vårdval och ungefärlig tidplan¹⁵. Förberedelsearbetet pågår inom flera områden.

Revisionen följer nya vårdvalsområden/ökad mångfald i ett särskilt projekt. Ingen preliminär bedömning lämnas därför i denna rapport.

3.5 Miljö

**Miljöstyrning
gentemot
vårdgivare har
förstärkts**

Iakttagelser och bedömning:

Styrningen av miljöarbetet har stärkts genom flera insatser. En miljöpolicy har tagits fram för förvaltningen, miljödiplomeringen har utvecklats, en rutin för miljökonsekvensbeskrivning har antagits av HSNf:s ledningsgrupp och börjat tillämpas. Inför 2009 har miljökrav i enlighet med målen i Miljösteg 5 arbetats fram för avtalen. I ersättningssystemen inom Vårdval Stockholm har vite införts på 0,5 % om inte vårdgivarna är certifierade eller diplomerade.

Däremot bedömer inte HSNf att den egna verksamheten kommer att hinna bli certifierad under året, vilket varit det uttalade målet. Det kommer heller inte, att med nyckeltal, kunna avläsas i vilken utsträckning HSN under 2008 närmat sig målen i Miljösteg 5.

Revisionen noterar gjorda insatser men uppfattar fortfarande att rollfördelningen inom miljöområdet mellan HSNf och LSF-miljö är otydlig och bör klarläggas. Revisionen kommer att fortsätta följa hur detta utvecklas samt hur implementering och uppföljning av Miljö steg 5 fortgår.

3.6 Intern styrning inom HSN-förvaltningen

Iakttagelser och bedömningar:

**IT-stöd ger ram och
tydlig struktur för
planering och
uppföljning**

Verksamhetsplanering och -uppföljning

HSNf har i år infört ett gemensamt systemstöd för verksamhetsplanering och -uppföljning. Verksamhetsplaneringen bygger på samband mellan verksamhetsidé, mål, aktiviteter, tidplaner och ansvariga. Varje enhet fyller i pågående och planerade aktiviteter, tider osv. I modellen saknas än så länge mätbara mått och fördelning av resurser. Det finns förutsättningar att integrera internkontrollplan, budget och ärendehanteringsprocessen förutsatt att dessa registreras som arbetsuppgifter i IT-systemet.

Rapporterade uppgifter används av enhets- och avdelningschefer vid uppföljning. Varje avdelning har avstämning med hälso- sjukvårdsdirektör månatligen och då används uppgifter från systemet. Utbildningar har genomförts och utvärderats av deltagarna.

Vår uppfattning är att förvaltningen har infört ett verktyg som ger förutsättningar för enhetlig planering och uppföljning. HSNf har säkerställt att medarbetare förstår syfte och strukturen i modellen och hur IT-systemet som används fungerar. Verktyget är redan i drift och har förutsättningar att bli ett

¹⁵ HSN 0804-0606, HSN 0803-0418

reellt styrinstrument för uppföljning av t.ex. nyckeltal, resursförbrukning och vid behov interna omfördelningar.

Bemanning och organisation

Våren 2007 genomfördes en omorganisation av HSNf. Under hösten sker en översyn av organisationen. En avsikt är att göra processtyrningen tydligare och att förbättra organisationen där det behövs.

Vissa avdelningar har haft en hög personalomsättning under det senaste året, vilket kan bero på att kompetensen har varit eftertraktad. Rutiner med s.k. avvecklingssamtal har införts.

**Kontorsflytt –
HSNf samlad på
mindre yta**

HSNf flyttade till nya lokaler i slutet av juni. Förvaltningen sitter mer samlad och närmare varandra. Ur ekonomisk synvinkel är flytten fördelaktig, och enligt kalkyler är den s k payoff-tiden (den tid som det tar för en investering att betala sig) drygt ett år. Vår uppfattning är att flytten har förenklat samarbetet över enhetsgränserna.

Rekommendation:

- Revisionen vill lyfta fram vikten av att fortsätta utveckla verksamhetsplaneringen till ett reellt styrinstrument

4. Intern kontroll

Preliminärt omdöme: Acceptabel

Den preliminära bedömningen är – med viss tvekan – att nämnden har en acceptabel intern kontroll. Flera av kontrollmålen är uppfyllda, men flera brister har noterats.

Bristerna finns i den interna kontrollen inom närsjukvården avseende fakturering och kontroll som ger följd effekter för prognoser, extra manuell hantering, ej effektiv hantering vare sig hos HSNf eller vårdgivare m.m.

Revisionens tidigare kritik mot IT-projektet Vårdfaktura har åtgärdats avseende projektdokumentation och styrning av projektet. Men systemet Vårdfaktura är fortfarande i testversionen och används hittills endast av ca 30 husläkarmottagningar. Fotsjukvårdarna, som är en mindre grupp av vårdgivare, använder testversionen utan några stora problem enligt HSNf.

Vi är väl medvetna om att HSN och HSNf har vidtagit ett antal åtgärder som på sikt ger förutsättningar för en god intern kontroll. Den preliminära bedömningen bygger på att kontrollen av fakturering i närsjukvården förbättras och att fler vårdgivare använder Vårdfaktura före slutrevision.

Tidigare kritik mot avtalsdatabasen ADA har till viss del åtgärdats, men ännu saknas kanske en fjärdedel av avtalen i databasen enligt preliminära uppgifter från HSNf.

Inom övriga granskade områden har inte iakttagits väsentliga brister i den interna kontrollen.

Uppdatering internkontrollplan pågår

4.1 Intern kontrollplan

Iakttagelser och bedömningar:

Det finns ingen beslutad internkontrollplan för 2008, utan 2007 års plan har fortsatt att gälla¹⁶. Uppföljning av internkontrollplanen pågår och den nya internkontrollplanen för 2009 ska preliminärt beslutas i november av HSN.

Revisionskontoret följer upp arbetet med internkontrollplan i slutrevisionen. 2007 års internkontrollplan ingår inte i bedömning av intern kontroll i denna rapport.

4.2 Området IT och IS

Iakttagelser och bedömningar:

Organisation och ansvarsfördelning mellan HSNf och Landstingsstyrelsens förvaltning

I november kommer vissa funktioner inom IT att flyttas över från HSNf till Landstingsstyrelsens förvaltning. Beslut om omorganisationen har inte formellt fattats ännu. Syftet är att renodla beställarens roll som kravställare och systemägare och att få en samordnad och effektiv förvaltning samt användarsupport för HSN:s stödsystem inom LSF-IT. Preliminära uppgifter tyder på att en handfull personer kommer att överföras från HSNf till Landstingsstyrelsens förvaltning.

IT-strategisk kompetens behövs inom HSNf för att utforma tydliga uppdrag till Landstingsstyrelsens förvaltning för systemutveckling. Strategiska IT-frågor kommer i fortsättningen att vara en stående punkt på HSNf:s ledningsgrupp. HSNf planerar därför att förstärka kompetensen i IT-strategiska frågor.

Landstingsstyrelsens förvaltning ska bygga upp en användarsupport för privata och offentliga vårdgivare som använder SLL:s vårdadministrativa system. Idag är det vanligt förekommande att en vårdgivare "bollas" mellan olika personer för att få svar på sina frågor om IT-system, ersättningsmodell, registreringsproblem etc. Frågor om ersättningssystem kommer med största sannolikhet att besvaras av HSNf.

Controllers och analytiker inom HSNf är tveksamma till lösningen. De anser att det är viktigt att stödsystemen och den tekniska systemkompetensen finns nära verksamheten. Ett argument som förts fram är att "HSNf inte bara är beställare, utan också en förvaltning". Andra menar att detta är en bra lösning som effektiviserar IT-hantering på längre sikt.

Revisionskontoret kommer att följa omorganisationen under resten av året. Vår preliminära bedömning är att det finns samordningsvinster men att det ställer höga krav på båda parter. HSNf måste säkerställa resurser och strategiskt IT-kunnande för att ge tydliga och konkreta uppdrag samt för att följa upp dessa. Det ställer krav på ett förändrat arbetssätt i och med att personerna inte fysiskt finns i "samma hus" längre.

¹⁶ Internkontrollplan 2007, HSN 0706-0631

I samband med översynen av system, roller och ansvar bör informationsägare ägnas särskild uppmärksamhet. Detta mot bakgrunden att informationsägarens klassificering av informationen anger nivån för de säkerhetsåtgärder som systemägare och systemförvaltare vidtar för att skydda informationen.

Informationssäkerhet

Lokala IT-säkerhetsriktlinjer har tagits fram genom att till de centrala riktlinjerna tillfoga en kolumn där man anger relevans för HSNf. HSN har ej beslutat i ärendet ännu.

Informationssäkerhetssamordnare har utsetts. En riskanalys pågår för det system som hanterar arvodering till de privata vårdgivarna.

Uppföljning av IT-projektet Vårdfaktura (elektroniskt faktureringsystem)

2007 års granskning av utvecklingsarbetet med Vårdfaktura visade på stora brister i den interna kontrollen. HSNf har under 2008 vidtagit ett antal åtgärder för att komma tillrätta med problemen.

Vi följer arbetet med Vårdfaktura och noterar att ett antal brister är åtgärdade. Projektdokumentation och styrningen av projektet har förbättras. Men fortfarande är Vårdfaktura i testversion. Fotsjukvårdare är en mindre grupp vårdgivare som använder testversionen utan några stora problem enligt HSNf. I oktober använder ca 30 husläkarmottagningar systemet, d.v.s. en minoritet av husläkarmottagningarna.

Uppföljning av ADA

Tidigare noterade brister i ADA har åtgärdats. Det som kvarstår är att säkerställa att avtalen läggs in i ADA, och detta arbete pågår inom HSNf.

Rekommendation:

- Fler vårdgivare (än idag) fakturerar med stöd av Vårdfaktura före årsskiftet

4.3 Upphandling

Granskning av upphandling av vård och vårdnära tjänster, respektive upphandling av andra konsulttjänster görs utifrån gällande regelverk (LOU, Upphandlingspolicyn)

Iakttagelser och bedömningar:

Upphandling av vård och vårdnära tjänster

Nedanstående iakttagelser bygger på ärendedokumentation till HSN och sjukvårdsstyrelserna, samt några intervjuer.

Revisionen har tidigare iakttagit brister som rör upphandlingsprocessen (se bilaga 1). Vi noterar att följande beslut i HSN ger förutsättningar för förbättrad process:

- December 2007 där principer som bör tillämpas när ställning tas till om vilka områden som ska föreslås för att införa Vårdval, upphandlas och drivas i landstingets regi fastslås¹⁷.
- Mångfaldsplan del I och II som är genomlysningar av samtliga områden där förvaltningen träffat avtal om vård resp. vårdnära tjänster. Dessa kan användas som verktyg för att planering av upphandlingar och vårdval startar i god tid¹⁸.

Bättre förutsättningar för samordning finns efter kontorsflytt, en närsjukvårdsavdelning istället för tre samt att upphandlingsprojekt bemannas av flera avdelningar.

Seminarium om upphandling i november

SLL:s upphandlingspolicy finns på intranätet. Egna riktlinjer och/eller rutiner som beskriver processen har ej fastställts. Förvaltningen planerar en seminariedag i november som bland annat syftar till att öka kunskapen om området och ge underlag för utformning av riktlinjer och processbeskrivning.

Upphandling av konsulttjänster

Granskning har visat att ett fåtal upphandlingar av konsulttjänster avviker från upphandlingspolicy och LOU. I några fall har HSN anlitat företag som SLL saknar ramavtal med.

Regler för upphandling har ej efterlevts i vissa fall

Direktupphandlingar (både vård, vårdnära tjänster och konsulttjänster)

Beslut om direktupphandling ska fattas av avdelningschef (upp till 300 tkr) eller sjukvårdsdirektör. Det finns inget register/förteckning över direktupphandlingar, istället tas särskilda beslut.

Granskning har visat att ett fåtal vårdavtal har förlängts längre än optionstid, t.ex. leverantörer inom laboratoriemedicin. Direktupphandling har skett vid ett par andra tillfällen, t.ex. transport av avlidna, en kontrollertjänst bemannas av inhyrd konsult samt för inredning av nya lokaler.

HSN beslutade att upphandling av neuropsykiatriska utredningar för barn, ungdomar och vuxna skulle göras som en ramavtalsupphandling¹⁹. HSNf har i år valt att använda optioner inom redan tecknade avtal (utredning av vuxna) och direktupphandla (utredning av barn och ungdomar)²⁰. Planering av ramavtalsupphandlingen pågår.

HSN har inte följt upp om direktupphandlingar görs enligt regelverket.

Revisionen kommer att granska ett urval vårdupphandlingar inför slutrevisionen. Slutlig bedömning av den interna kontrollen av upphandlingar görs i årsrapporten.

¹⁷ HSN 0710-1488,

¹⁸ HSN 0804-0606, HSN 0803-0418

¹⁹ HSN 0801-0139

²⁰ Beslut HSN 8115

4.4 Ledningsnära kostnader

Iakttagelser och bedömningar:

Dokumenterade föreskrifter och rutiner gällande representation samt kurs och konferenser finns upprättade. HSN följer den policy och regler för resor och representation som beslutats av landstingsstyrelsen 2003. Beslut ska finnas vid resor och konferenser överstigande 1 000 kr. Övriga beloppsgränser m.m. framgår av de dokumenterade föreskrifterna.

Regler för ledningsnära kostnader efterlevs

Stickprovsvis granskning visar att det i huvudsak dokumenteras syfte och vilka som deltagit vid representationen, konferensen och resor. Granskningen har skett under perioden 1 januari - 31 augusti. Granskningen har inte visat att förvaltningens ledning genom representation eller på annat sätt utnyttjat sin ställning.

4.5 Skydd mot oegentligheter och bisysslor

Iakttagelser och bedömningar:

2007 granskades landstingets skydd mot oegentligheter och mutor i ett separat projekt²¹. HSN anser i yttrandet²² att den interna kontrollen i form av formella policydokument, rutiner m.m. inom området är otillräcklig. Den interna kontrollen som sker i praktiken kan vara bättre. HSN har i yttrandet uppdragit åt förvaltningen att vidta lämpliga åtgärder för att höja medvetenheten om risk för oegentligheter och införa tillräckliga kontrollsystem. Återrapportering av vidtagna åtgärder ska ske innan årets slut.

I riktlinjerna för bisysslor inom SLL och på HSN:s intranät framgår vilka regler som gäller för utövande av bisyssla.

Intyg över bisyssla finns för 2008

HSNf har i januari 2008 begärt in uppgifter om bisyssla från samtliga anställda. En stickprovsgranskning visar att enhetschef och i förekommande fall avdelningschef godkänt bisyssla. I något fall saknades omfattning av bisyssla och uppgift om typ av verksamhet som avses.

Revisionskontoret bedömer inte området oegentligheter nu, utan inväntar HSNf återrapportering till HSN. Intyg över bisysslor ha begärts in 2008,

4.6 Ansvar och befogenheter

Iakttagelser och bedömningar:

Instruktion och delegationsordning finns upprättade²³. Dessa finns på intranätet.

Regelverket är känt av medarbetare. Det har framkommit att viss otydlighet råder inom förvaltningen angående tillämpningen av ”tecknande av avtal avseende hälso- och sjukvård respektive tandvård som inte beslutas av HSN

²¹ Skydd mot oegentligheter och mutor, rapport 9/2007

²² Yttrande dnr HSN 0802-0243

²³ Instruktion daterad 2007-05-29, attestförteckning 2008-01-23 (HSD 8024, dnr 0701-0084) och 2008-03-27

eller av ett sjukvårdsutskott, och som har en årskostnad på högst 50 mkr".
Vissa vårdavtal med lägre belopp har beslutats av HSN.

Stickprovsgranskning av avtal/beslut samt fakturaunderlag visade att gällande instruktioner och delegationsordning efterlevs.

4.7 Personaladministration – lönehantering

Iakttagelser och bedömningar:

HSN anlitar Karolinska Universitetssjukhuset för drift av lönesystemet samt för viss löneservice. Avtal finns upprättat mellan HSN och Karolinska Universitetssjukhuset²⁴.

En särskild granskning har utförts av Deloitte AB på uppdrag av landstingsrevisorerna²⁵. Granskningen har skett vid Karolinska Universitetssjukhuset som administrerar den största delen av landstingets lönehantering. Resultatet av granskningen visar att det finns brister men att bedömningen i stort är att hanteringen är tillfredställande. Förvaltningar som anlitar Karolinska Universitetssjukhuset rekommenderas att ställa krav som motsvarar en tillräckligt god intern kontroll inom lönehanteringen.

4.8 Intern kontroll av vårdvals fakturor

Iakttagelser och bedömning:

Omfattande brister vid fakturering inom närsjukvården

Under 2008 har faktureringsrutiner och IT-stöd för fakturering för vårdval Stockholm och andra delar av närsjukvården uppvisat stora brister. Husläkarmottagningar, vårdgivare inom allmänpsykiatri m.fl. har ej kunnat fakturera korrekta belopp, vilket har lett till omfattande merarbete hos både förvaltningen och vårdgivare. I prognoser har förvaltningen kommenterat att det finns osäkerhet i underlagen för primärvård och psykiatri.

Rensning och struktur genom s k ROS-projektet

Problemen upptäcktes i januari/februari 2008. HSNf beslutade om tillfälliga lösningar för att vårdgivaren skulle få sin ersättning, även om det inte gick att få ett korrekt faktureringsunderlag. För vissa vårdgivare kunde HSNf endast kontrollera att vårdgivaren var auktoriserad/hade avtal och att fakturabeloppet var rimligt. I slutet av maj beslutade HSNf att starta projektet "ROS (Rensning Och Struktur) i fakturaberoende system"²⁶. Projektet syftar till att rensa felaktigheter i vårdgivares fakturering, att analysera orsaker till felen samt att ta fram förslag till checklistor/rutinbeskrivningar för att förbättra den interna kontrollen. Projektet skulle ha avslutats i september, men har förlängts t.o.m. årsskiftet för att få en smidig överlämning till förvaltningen. Förvaltningen ska själv korrigera (fakturera eller kreditera) betalningsavvikelser för varje vårdgivare.

Föregående år granskade revisionen styrningen av medicinsk service²⁷. Brister noterades bl.a. av övervältringseffekter till följd av olika ersättningsmodeller

²⁴ Avtal mellan HSNf och Landstingsstyrelsens förvaltning, refnr 15008

²⁵ RK 200805-54

²⁶ Uppdragsdirektiv, HSN 0808-0980

²⁷ Styrning och uppföljning av medicinsk service, 11/2007

och otillräckligt IT-system (främst FUMS). Under 2008 har brev inkommit som rör övervältringseffekter av avancerad medicinsk service, bristfälligt regelverk och kritik mot systemstödet.

Revisionen har därför bedömt att en fördjupad granskning av den interna kontrollen behövs inom närsjukvården. Granskningen pågår och förväntas blir klar i slutet av året.

Preliminära iakttagelser inom ramen för den fördjupade granskningen tyder på att faktureringsproblematiken inte är ny, utan fanns före Vårdval Stockholms (primärvård) införande. Problemen kan ha accentuerats i och med införande av Vårdvalet som ställer krav på att fakturering ska göras utifrån HSN:s system, ej vårdgivarens kassasystem. Instruktioner till vårdgivaren om hur kassasystemet ska konfigureras för att klara transaktionsöverföring till HSN:s systemstöd saknas. Nya vårdgivare verkar få generellt sett mycket lite information om IT-systemen, registrering av vårdhändelser m.m. Det saknas också en supportfunktion inom HSNf för att bistå vårdgivaren.

Intern kontroll av fakturering ej helt tillräcklig inom närsjukvården

Vår preliminära bedömning är att problemen är omfattande trots att HSNf har vidtagit flera åtgärder. Starten av ROS-projektet kom ca tre månader efter att problemen upptäckts. Ett stort arbete har gjorts i projektet. På längre sikt finns goda förutsättningar för få en tillräcklig intern kontroll. För 2008 är den preliminära bedömningen att den interna kontrollen av fakturering inom närsjukvård är ej helt tillräcklig.

Rekommendation:

- Den interna kontrollen av fakturering inom närsjukvård bör förbättras

5. Räkenskaper

Preliminärt omdöme: Rättvisande

Ett sammanfattande preliminärt omdöme ges om kvaliteten i nämndens räkenskaper. Bedömningen av om räkenskaperna är rättvisande innefattar även kvaliteten i den finansiella rapporteringen. Vissa iakttagelser har noterats för moms- och projektredovisning.

5.1 Löpande redovisning

Iakttagelser och bedömningar:

HSN har ingen egen redovisningsenhet utan köper denna service från LSF Ekonomi. Avtal finns upprättade mellan HSN och LSF Ekonomi.

Revisionskontoret har tillgång till redovisningssystemet Raindance och den elektroniska reskontrahanteringen via Contempus. Analytisk granskning och stickprov görs löpande under året. Granskning har skett genom stickprov av verifikationer samt beskrivning av reskontrarutiner och analys av klassificering och periodisering av kostnader.

Vår preliminära bedömning är att HSN/LSF har rutiner för uppföljning och utvärdering av den interna kontrollen och styrningen av den löpande

redovisningen. Mål finns för att den löpande redovisningen ska uppfylla lagen om kommunal redovisning, god redovisningssed och landstingets regelverk. Handlingsplaner finns för att hantera och åtgärda eventuella fel samt rutiner som säkerställer en rättvisande löpande redovisning.

5.2 Projektmedel

Rutin för nya projektmedel finns

Iakttagelser och bedömningar:

Revisionskontoret har tidigare år påpekat att HSNf bör göra en genomgång av samtliga projekt bl. a. avseende om de är aktiva samt om tidplanen är överskriden, samt att avsluta inaktiva projekt.

Före årsbokslutet ska gamla inaktiva projekt vara avslutade enligt HSNf. Rutiner finns för nytillkomna projektmedel.

I år har HSN ansökt om stimulansmedel för äldre från Socialstyrelsen. I anvisningarna från Socialstyrelsen anges tydligt vilka regler som gäller t. ex. vad projektmedlen får användas till, tidsperiod, redovisning och återrapportering.

5.3 Moms

Iakttagelser har gjorts av särskilda statsbidraget

Iakttagelser och bedömningar:

En dokumenterad rutin för momsredovisning finns och tillämpas. Redovisning och avstämning av momskonton sker varje månad. Det särskilda statsbidraget (6 % av vård från privata vårdgivare) som förvaltningen söker har blivit felaktigt redovisat i början av året. LSF Ekonomi har åtgärdat detta fel. Utbildning har skett av ansvariga handläggare och problemet är enligt uppgift övergående.

Revisionskontoret kommer att följa upp momsredovisningen i slutrevisionen.

5.4 Anläggningstillgångar

Iakttagelser och bedömningar:

Anläggningstillgångarna förtecknas i anläggningsregistret. Registrering sker fortlöpande vid anskaffning av nya anläggningstillgångar. Avstämning mellan anläggningsregistret och ekonomisystemet görs månadsvis.

Avskrivningar av anläggningstillgångarna sker månadsvis. LSF ekonomi ansvarar för att inventering av anläggningstillgångarna och övriga inventarier görs i samband med årsbokslutet. Revisionskontoret kommer att följa upp detta i slutrevisionen.

6. Fördjupad granskning

I detta avsnitt beskrivs två fördjupade granskningar som hittills har genomförts enligt planPM för HSN. Fördjupningarna har avsett utomlänsvård och avdelningen för särskilda vårdärenden. Utomlänsvården har valts med tanke på omfattning (drygt 500 mkr 2007), indikationer på svårighet att kontrollera, följa upp och analysera området, samt att revisionen inte har granskat

utomlänsvård de senaste åren. Avdelningen för särskilda vårdfrågor har valts därför att flera enheter berörs av granskningsprojekt, och då kan en översiktlig granskning av intern kontroll och styrning komplettera projekten.

Båda granskningarna har gjorts med beaktande av de kontrollmål som finns för intern kontroll och styrning. Granskningar och rekommendationer finns i sin helhet i bilaga 3.

6.1 Utomlänsvård

Iakttagelser och bedömning:

Det finns styrande regelverk för utomlänsvård, både nationellt och mellan olika landsting.

Ansvarsfördelning mellan HSNf och LSF Ekonomi är dokumenterad genom avtal som efterlevs.

Ansvarsfördelning inom HSNf är ej dokumenterad men fungerar i praktiken.

Inom HSNf finns (snart bara) en person som har nyckelkompetens i utomlänsvård. Risk för sårbarhet finns.

Bedömning av remisser för riksavtal görs av en handläggare för enklare ärenden, och bedömningar i grupp vid mer komplicerade ärenden.

Omfattande manuell hantering i systemet Viktoria görs idag. Vissa förbättringar är dock planerade. Utvecklingsarbetet bör påskyndas.

Arbetet med att förbättra möjligheterna till resultatuppföljning pågår genom samarbetet med andra landsting och SKL.

6.2 Intern styrning och kontroll av avdelningen för särskilda vårdfrågor

Bedömningen är preliminär med beaktande av att flera granskningar som berör avdelningen ej är avslutade, t.ex. inom styrning av tandvård och vården tillgänglighet samt uppföljning av tidigare granskning inom medicinsk service.

Iakttagelser och preliminär bedömning:

Ekonomisk balans tyder på tillräcklig intern kontroll inom avdelningen.

Tydlig organisation och ansvarsfördelning. Rutiner finns för att säkerställa kännedom bland medarbetare om uppdrag och mål.

Avdelningen har tillräcklig bemanning och kompetens. Det framkommer inte om det finns en strategi för ändrade kompetenskrav och arbetsuppgifter, t.ex. vid ökat fokus mot uppföljning/analys och systemutveckling.

IT-system kan i sig ha en tillräcklig intern kontroll, tecken finns på förbättringar vad gäller effektivitet och ändamålsenlighet. Arbete pågår.

Process för ärendehantering, budget och bokslut efterlevs. Attestordning efterlevs. Finns synpunkter på att arbetsordning uppfattas som otydlig. Arbets-/processbeskrivningar och systembeskrivningar finns i viss utsträckning.

Det finns brister i hantering av tandvårdsbevis i effektivitet och kontrollaspekt.

7. Slutsatser och rekommendationer

Mot bakgrund av redovisade iakttagelser lämnar revisionen följande rekommendationer:

Att åtgärdas före slutrevision:

- Den interna kontrollen av fakturering inom närsjukvård bör förbättras
- Fler vårdgivare (än idag) fakturerar med stöd av Vårdfaktura

Att åtgärdas före utgången av år 2009:

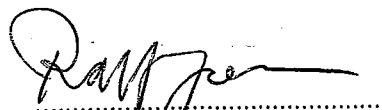
- Revisionen vill lyfta fram vikten av att fortsätta utveckla verksamhetsplaneringen till ett reellt styrinstrument

Utomlänsvård

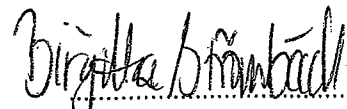
- Fortsätt med effektivisering av bedömningsprocessen för riksavtalsärenden
- Effektivitet i processen för fakturering av utomlänsvård bör förbättras med bibehållen intern kontroll
- Resultatinformation om utomlänsvård bör förbättras för att ge underlag för uppföljning och analys

Avdelningen för särskilda vårdfrågor

- Dokumentera väsentliga processer/rutiner (såvida inte systembeskrivningar anses tillräckliga) för att minska sårbarhet, underlätta introduktion av nya medarbetare och underlätta enhetlig hantering
- Se över administrativa processer (t.ex. tandvårdsbevis) i samband med utveckling av nya stödsystem



Ralf Jonsson
enhetschef



Birgitta Strömbäck
revisor

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år samt innevarande år

Gransk- nings- år	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Nej	Del- vis	
2005	BV bör tillse att datastödet för att ta fram underlag till fakturorna för den rörliga ersättningen för husläkarna fungerar tillfredsställande.			X	Arbete pågår bl.a. ROS, införande av Vårdfaktura. Systemet RAPP fungerar.
2005	BV bör utreda vilka möjligheter som finns för att införa maskinella fakturakontroller eller att fakturakontroller sker med hjälp av IT-stöd.			X	Se ovan om Vårdfaktura. Signallistor används för privata specialister
2005	BV bör utarbeta ett förhållningssätt till att tillämpa LOU i förening med vårdens kvalitetskrav.	X			Se avsnitt 4.4
2005	BV bör löpande säkerställa att tillräcklig framförhållning föreligger vid större upphandlingar.	X			Se 4.4.
2005	BV bör säkerställa att den uppföljning som sker verkligen omfattar/täcker samtliga ställda krav i förfrågningsunderlaget.			X	Se 4.4
2005	Ett arbete bör inledas för att utvärdera lämpligheten i att införa påtryckningsmedel/sanktionsmedel mot vårdgivare som inte levererar enligt anbudet eller om leveransen inte håller tillräckligt hög kvalitet			X	Avvaktar slutrevisionen.
2006	BV bör förbättra samordningen av upphandlingsobjekt för samma typ av tjänster inom SLL.	X			Se 4.4
2006	BV bör utvärdera tidigare levererad tjänst i förberedelserna inför kommande upphandling.	X			Se 4.4
2006	Process-/rutinbeskrivningar inom IT-området bör anpassas efter de nya riktlinjerna i informationssäkerhet.			X	Översyn pågår
2006	Informationsklassificering av IT-systemen enligt SLL:s modell bör genomföras av resp. informationsägare.			X	Klassificering pågår
2006	BV bör göra en genomgång av samtliga projekt bl a avseende om de är aktiva samt om tidplanen är överskriden. Inaktiva projekt bör avslutas.			X	Rutiner finns för nytillkomna projektmedel. Gamla inaktiva projektmedel kommer att avslutas till årsbokslutet.
2007	HSN bör fastställa enhetliga regler och rutiner för jäv och för säkrande av oberoendeställning för personal och uppdragstagare.			X	Utbildning i styrande regelverk, förtydligande av jävsregler i förvaltningens instruktion och riktlinjer för tillämpning av ramavtal.
2007	HSN bör förstärka rutinerna för kontroll och uppföljning av bisysslor.	X			Noterat att vissa uppgifter saknas på redovisning av bisysslor.

Gransk- nings- år	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Nej	Del- vis	
2007	Förvaltningen bör utse informationssäkerhetssamordnare.	X			
2007	HSN bör besluta om styrande dokument inom IT (policy, strategi och informationssäkerhetsriktlinjer).		X		Inget beslut av HSN ännu.
2007	Förvaltningen bör tillse att inventering av anläggningstillgångar och stöldbegärliga inventarier sker årligen.		X		Inventering kommer att ske innan slutrevisionen.
2007	HSN bör överväga en kartläggning huruvida IT-systemen uppfyller krav på en effektiv handläggning, och om IT-systemen används på ett optimalt sätt.			X	Projekt har startat för att kartlägga arbetsprocessen för avtalsarbetet inom förvaltningen med avseende på det stöd den har av nuvarande IT-system.
2007	HSN bör säkerställa att nödvändig tid och resurser avsätts för ändringar i IT-system vid förändringar i regelverk, ersättningsmodeller o.dyl.			X	Slutlig bedömning i slutrevision då ändringar i regelbok, ersättningsmodeller ska implementeras.
2007	HSN bör tydliggöra ansvarsroller för ADA.	X			
2007	HSN bör säkerställa att samtliga avtalshandlingar finns i ADA.			X	I och med att HSNf nya org. finns implementerad i ADA genomförs informationsinsatser som tydliggör att varje enhetschef har ett direkt ansvar att den egna enhetens avtal är korrekt registrerade och att avtalsdokument finns inlagda i systemet.
2008	Den interna kontrollen av fakturering inom närsjukvård bör förbättras.				
2008	Fler vårdgivare (än i dag) fakturerar med stöd av Vårdfaktura.				
2008	Revisionen vill lyfta fram vikten av att fortsätta utveckla verksamhetsplaneringen till ett reellt styrinstrument.				
2008	Fortsätt med effektivisering av bedömningsprocessen för riksavtalsärenden.				
2008	Effektivitet i processen för fakturering av utomlänsvård bör förbättras med bibehållen intern kontroll.				
2008	Resultatinformationen om utomlänsvård bör förbättras för att ge underlag för uppföljning och analys.				
2008	Dokumentera väsentliga processer/rutiner (såvida inte systembeskrivningar anses tillräckliga) för att minska sårbarhet, underlätta introduktion av nya medarbetare och underlätta enhetlig hantering.				
2008	Se över administrativa processer (t. ex. tandvårdsbevis) i samband med utveckling av nya stödsystem				

KONTROLLMÅL FÖR 2008

Styrning

Granskningen avser såväl verksamhet som ekonomi. Bedömningen avser nämnden/styrelsen förmåga att genomföra fullmäktiges mål och uppdrag. Det gäller såväl styrelsens sätt att organisera verksamheten som ledningsformer, arbetsprocedurer, ekonomi- och verksamhetsstyrning samt förmågan att fatta långsiktigt hållbara beslut.

1. Nämndens/styrelsens arbete präglas av en lyhördhet för och acceptans av de mål, värderingar och riktlinjer som fastställts av fullmäktige.
2. Nämndens/styrelsens arbete utgår ifrån ett gemensamt uppdrag och präglas av en insikt om styrelsens ansvar.
3. Nämnden/styrelsen säkerställer att det i organisationen finns den kunskap och kompetens som krävs för att genomföra verksamhetens uppdrag.
4. Nämnd/styrelse har en fastställd intern budget/verksamhetsplan med mätbara mål (ekonomi, verksamhet och kvalitet) som överensstämmer med fullmäktiges beslut om mål, uppdrag och budget/resultatkrav.
5. Nämnd/styrelse i beställar-/utförarorganisationen tecknar avtal/överenskommelser i överensstämmelse med fastställda mål.
6. Nämnd/styrelse har en konkret strategi/handlingsplan för hur de lokala målen och budgeterade nyckeltal skall uppnås (inom tillgänglig ekonomisk ram).
7. Nämnd/styrelse har fungerande instrument för styrning och uppföljning av ekonomi, verksamhet och kvalitet samt en god måluppfyllelse både vad gäller ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat. Nämnden/styrelsen analyserar och kommenterar väsentliga avvikelser och vidtar åtgärder vid behov samt följer upp att beslutade åtgärder vidtas och får förväntade effekter.
8. Nämnd/styrelse har en ändamålsenlig, tillförlitlig och överblickbar redovisning av verksamhet och kvalitet såväl under året som i årsredovisningen.
9. Mål och strategier som rör verksamhetens innehåll och kvalitet är kommunicerade och väl kända internt i organisationen.
10. Det finns en systematisk/regelbunden utvärdering av styrningen, inklusive nämndens/styrelsens eget arbete. Tydliga system för identifiering och hantering av avvikelser finns och tillämpas.

Intern kontroll

Nämndens/styrelsens system för intern kontroll bygger på en helhetssyn på den kommunala verksamheten och säkerställer ett effektivt resursutnyttjande och en tillräcklig säkerhet inom nämndens/styrelsens organisation och verksamhet.

1. Nämnd/styrelse har fastställt en ändamålsenlig organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter som säkerställer att gällande lagar, avtal, regler, policies och riktlinjer följs.
2. Nämnd/styrelse har administrativa kontroller och rutiner som säkerställer att aktuella lagar, regler, policies och riktlinjer är kända av samtliga berörda.
3. Nämnd/styrelse fastställer årligen en intern kontrollplan utifrån en dokumenterad risk och väsentlighetsanalys och i enlighet med av fullmäktige beslutade policy och reglemente för intern kontroll.
4. Nämnd/styrelse följer upp läget avseende den interna kontrollen och vidtar åtgärder vid väsentliga avvikelser.

Räkenskaper

Bedömningen av att räkenskaperna är rättvisande innefattar följande områden:

- Redovisningssystem
 - Löpande redovisning
 - Delårsbokslut (resultaträkning, balansräkning, finansieringsanalys, noter)
 - Årsbokslut (resultaträkning, balansräkning, finansieringsanalys, noter)
1. Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med gällande lagstiftning och god kommunal redovisningssed.
 2. Nämndens/styrelsens årsbokslut ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

1. Fördjupade granskningar 2008

1.1 Utomlänsvård

Iakttagelser och bedömning:

Nationellt och regionalt regelverk

De regler som gäller för området är riksavtal för utomlänsvården, regionalt avtal för regionen SLL och Gotland inkl regionala prislista och ABC-avtalet med Uppsala läns landsting. Det finns också avtal med Region Skåne, Universitetssjukhuset i Lund, om barnhjärtan, samt avtal med privata vårdgivare utanför länet (vid vårdgarantibeställningar av större volymer.

Regelverk inom SLL

”Riksavtal för utomlänsvård”¹ är ett policybeslut inom SLL. Beslutet innebär att riksavtalet ska tillämpas inom SLL och ärendet anger regler för tillämpningen inom landstinget. En regel är att all planerad slutenvård utanför länet som beräknas kosta över 35 tkr kräver särskild remiss som ska godkännas av landstinget.

Enligt avtal mellan HSNf och Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) ansvarar LSF Ekonomi för ”hantering av utomlänspatienter som går hos privata vårdgivare inom SLL” och ”hantering av Stockholms patienter som besöker vårdgivare i andra län”². Detta innebär att LSF Ekonomi ansvarar för redovisning och betalning av fakturor när stockholmare får vård utanför länet eller om en patient som är folkbokförd utanför länet får vård av privat eller offentlig vårdgivare inom SLL. HSN har budget och uppföljningsansvar. För att förbättra samordning mellan förvaltningarna finns en gemensam arbetsgrupp.

HSNs översyn 2008

En översyn om utomlänsvården presenterades i HSN 2008-05-22³. I översynen framkom bl.a. brister i redovisningen av vilken vård som har givits och att avtal behöver förtydligas. Förvaltningen fick i uppdrag att se över det s.k. ABC-avtalet med Uppsala län och att arbeta vidare med de förbättringsområden som noterats. I beslutet anges ingen tid för återrapportering till nämnden.

Organisation och ansvarsfördelning inom HSNf

Inom HSNf saknas dokumenterad ansvarsfördelning för utomlänsvård mellan beställaravdelningar. I praktiken ligger största ansvaret för planering och

Översyn om
utomlänsvård har
rapporterats till
HSN 2008

¹ LS 0306-1979, Riksavtal för utomlänsvård

² Avtalsnr 15008

³ HSN 0804-0546

uppföljning på avdelningen för somatisk specialistvård (SSV) på grund av att 90 % av kostnaderna hamnar här.

Inom HSNf finns en specialistsakkunnig handläggare och en specialiserad controller vilket innebär att förvaltningen är beroende av bägges nyckelkompetens. Controllern avslutar sin anställning i september, och det är oklart vem som tar över.

HSNf (avdelningen för somatisk specialistvård) har fastställt en handlingsplan för 2008⁴. Det övergripande målet enligt handlingsplanen är att utveckla möjligheterna till resultatuppföljning. Det ställer också krav på att stödsystemen utvecklas (Viktoria och VAL) för att kunna ta emot uppgifter och för att SLL ska kunna leverera samma resultatinformation som SLL själv vill ha.

**Viktoria –
egenutvecklat
system för SLL**

Processer och stödsystem

De stödsystem som finns är VAL-databasen och Viktoria. Viktoria används av framför allt LSF Ekonomi. Systemägare för Viktoria är f.n. HSNf, men systemägaransvaret kommer att överföras till SLL-IT.

**Stödsystem finns,
manuell hantering
krävs**

Ett fåtal landsting fakturerar elektroniskt, men de flesta fakturor är pappersfakturor som scannas in. Ett flertal kontroller görs i Viktoria, men det krävs också manuell hantering. Nya funktioner planeras till nästa version av systemet för att effektivisera handläggning.

HSNf samordnar fakturering av utförd vård till patienter folkbokförda utanför SLL. Detta innebär att berörda vårdgivare (landstingsdrivna och privata) ska månadsvis skicka in (pappers)underlag till HSNf som sammanställer ett fakturaunderlag per landsting. Enligt uppgift behövs mellan 1-2 årsarbetare på HSNf för administrationen. Lämpligt IT-stöd saknas. Fakturaunderlag skickas därefter till LSF som fakturerar.

Enligt SLL:s beslut krävs särskild remiss för all planerad slutenvård som beräknas kosta över 35 tkr. Remissen bedöms av enheten för individuella vårdärenden. Bedömningen sker av enklare ärenden hanteras av enskilda handläggare och mer komplexa ärenden diskuteras i grupp. Bedömningar efter gruppdiskussioner antecknas för det patientärendet. Ingen annan dokumentation eller uppföljning på mer övergripande nivå görs av diskussionerna. Vissa ansökningar är mer av administrativ karaktär och behöver ej handläggas, t.ex. dialys på annan ort och operation av barnhjärtan i Lund. HSNf har inlett ett arbete med berörda förvaltningar för att förenkla hanteringen.

⁴ Handlingsplan för arbetet med utomlänsvård 2008

HSNf:s budgetering och uppföljning av utomlänsvård

HSNf:s budgetering av utomlänsvård görs framför allt på historiska uppgifter. Ekonomisk uppföljning görs vid bokslut av kostnad, antal besök och antal vårdtillfällen. Uppgifter mellan pivottabell (uppgifter om fakturerad vård som skapas från VAL-databasen) och kostnader i ekonomisystemet stämmer ej överens vilket försvårar uppföljning. Det finns också problem med eftersläpning då fakturering ska göras inom sex månader⁵, vilket är längre tid än för SLL:s egna avtal (tre månader).

Det går att följa upp vården per vårdtyp (akut vård, dialys, förlossningsvård) men inte på mer detaljerad nivå. Undantag är t.ex. Uppsala läns landsting och Dalarna som också lämnar uppgifter om DRG, diagnoskod och klassificering av vårdåtgärder (KVÅ). Därmed är det inte möjligt att analysera orsakerna till utomlänsvård, t.ex. om SLL har ett bristande vårdutbud eller vill göra jämförelser med SLLs egna sjukhus.

Det görs ingen systematisk uppföljning av vård inom riksavtal och valfrihetspatienter. Den uppföljning som görs är vid behov om t.ex. vårdflödet förändras. Förvaltningen har hittills inte gjort någon analys av om och i så fall hur som Vårdval Stockholm (primärvård) har påverkat utomlänsvården.

Rekommendationer:

- Fortsätt effektivisera och förbättra bedömningsprocessen för riksavtalsärenden
- Effektivitet i processen för fakturering av utomlänsvård bör förbättras med bibehållen intern kontroll
- Resultatinformation om utomlänsvård bör förbättras för att ge underlag uppföljning och analys

1.2 Intern styrning och kontroll av avdelningen för särskilda vårdfrågor

Iakttagelser och preliminär bedömning:

Bedömningen är preliminär med beaktande av att flera granskningar som berör avdelningen ej är avslutade, t.ex. inom styrning av tandvård och vården tillgänglighet samt uppföljning av tidigare granskning inom medicinsk service.

Avdelningens mål och uppdrag

Avdelningen ansvarar för tandvård, ambulanssjukvård, samt individuella vårdärenden. Avdelningen samordnar medicinsk service samt arvodering till privata specialister (läkare och sjukgymnaster).

⁵ Enligt riksavtal och ABC-avtal med Uppsala län

Tydligt mål och uppdrag för avdelningen

Avdelningen arbetar med två av tre övergripande mål; "Ekonomi i balans" och "Tillgänglighet till vården". Vårdgarantin är viktigaste uppdraget från fullmäktige och är det som har mest politiskt fokus. Förutom vårdgarantin är förberedelser inför upphandlingar av medicinsk service och medicinsk rehabilitering, samt uppdragen inom tandvård kring ny ersättningsmodell och ökad mångfald, viktiga uppdrag.

Intervjuer visar på kännedom om avdelningens mål och uppdrag. Information till medarbetare ges vid avdelnings- och enhetsmöten om mål, uppdrag, resultat m.m. Individuell uppföljning sker vid utvecklingssamtal och löpande uppföljning av arbetsuppgifter.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 2008

Avdelningen prognostiserar nollresultat i år. Avdelningen kan påverka det ekonomiska resultatet på kort sikt, bl.a. genom att tillämpa en restriktiv hållning i bedömning av rehabiliteringsärenden – valfrihetspatienter och riksavtalet. Det finns dock inga tecken på en restriktiv bedömning.

Det går inte lika tydligt att bedöma det verksamhetsmässiga resultatet. Vissa av fullmäktiges uppdrag hinner avslutas före årsskiftet, men andra pågår under nästa år. Flera tandhälsomått visar en positiv utveckling.

Inom förvaltningen har ett nytt verktyg för verksamhetsplanering och – uppföljning sjuösatts. Ett intryck är att systematiken i den löpande uppföljningen av avdelningens/enheternas arbete har förbättrats.

Organisation och bemanning

Organisationen uppfattas som tydlig, vilket bland annat kan bero på skilda arbetsområden inom och mellan enheterna.

Tandvårdsenheten är en av tre enheter. Tandvårdsenheten har tidigare varit egen förvaltning, och arbetar relativt självständigt gentemot övriga HSNf. Detta visar sig t.ex. en ökad ekonomiadministration och egna stödsystem. Synsättet att integrera tandvård med övrig hälso- och sjukvård ökar successivt inom HSNf.

Vad gäller bemanning så är ett fåtal tjänster vakanta och tillsättning pågår för några av dessa. Personalomsättningen har varit hög på en enhet men uppföljning visade på naturliga orsaker, t.ex. lång anställningstid och att personer därför valt att gå vidare.

Byte mellan enheter och/eller arbetsrotation uppmuntras inte systematiskt. Enligt uppgift är oftare den enskildes initiativ till byte av arbetsuppgifter som är grund till byten.

Flera enheter har identifierat en eller flera personer med nyckelkompetens. I viss mån har åtgärder vidtagits, t.ex. med backup och dokumenterade arbetsbeskrivningar. Arbetet behöver fortsätta och följas löpande.

Medarbetare på enheten för individuella vårdärenden med medicinsk kompetens har dubbla arbetsuppgifter. Avsikten är att minska sårbarheten och att öka flexibiliteten mellan arbetsuppgifter samt att det ska finnas en möjlighet till avlastning vid tyngre vårdgarantiärenden.

Arbetsprocesser och rutiner

Avdelningen följer förvaltningens gemensamma rutiner, t.ex. för ärendehantering, budget och bokslut samt prognos.

Inom flera enheter finns dokumenterade rutinbeskrivningar och/eller systembeskrivningar. Exempelvis har tandvårdsenhetens medarbetare arbetsbeskrivningar och ARV-systemet har system- och behörighetsbeskrivning. Det har inte framkommit om de manuella kontroller som finns i t.ex. arbetsbeskrivningar har valts utifrån risk- och väsentlighetsbedömning. Snarare ges intrycket av att allt – eller det som går att kontrollera – inom tandvården granskas. Alternativt kan vara att granska de moment som bedöms som kritiska/väsentliga, automatiska kontroller i stödsystem och/eller granskning av avvikelser i efterhand.

Risکانalyser görs inom HSNf inför större omorganisationer och flytten till nya lokaler. Inom avdelningen har risکانalyser gjorts inför större utvecklingsprojekt, t.ex. inom IT. Systematiska risکانalyser görs ej regelmässigt före större projekt/utvecklingsarbeten inom avdelningen.

Arbetet för vissa grupper inom tandvårdsenheten består till hälften av ekonomiadministrativa uppgifter och att informera vårdgivare. Flera utvecklingsprojekt inom IT kommer att effektivisera administrationen som innebär en förändrad arbetssituation. Det har inte tydligt framkommit om och hur enheten förbereder sig för detta, t.ex. strategi/handlingsplan för ändrade kompetenskrav och omfördelning av arbetsuppgifter.

**Rutin med tandvårdsbevis:
- efterlevs ej fullt ut
- effektiviteten kan ifrågasättas**

Föräldrar som väljer att gå till en privattandläkare med sitt barn ska ha en tandvårdsbevis med sig till tandläkaren. Tandvårdsbeviset fungerar som faktura för tandläkaren och ska skickas till tandvårdsenheten före utbetalning. Om tandvårdsbeviset saknas ska föräldrarna kontakta enheten för att få en kopia av beviset utskickat till sig, och därefter lämna detta till tandläkaren som fakturerar. Det finns flera kontroller – i stödsystem och framför allt manuella – som görs enligt rutinbeskrivningen.

Rutinen efterlevs inte alltid. Enligt flera privattandläkare har tandvårdsbevis skickats direkt till privattandläkare istället för föräldrarna. Andra tandläkare har fått tillåtelse att skicka in lista över barn som har saknat tandvårdsbevis. I dessa fall sker ingen kontroll att besöket verkligen har ägt rum. Felaktigheter

Få dokumenterade rutiner för individuella vårdärenden

upptäcks i så fall av föräldern, om inte tandvårdsenheten har en process som i efterhand följer upp olika former av avvikelser.

Revisionskontoret har funderingar kring hur pass effektiv rutinen är med utgångspunkt från SLL:s, tandläkarens och patientens (föräldrarna) insats. När listningssystemet för barn införs 2009 kommer rutinen att ändras.

Enheten för individuella vårdärenden har i liten utsträckning dokumenterade rutiner. Det system som används (RIVA) ger handledning i arbetet med patientärenden. Bedömning av enklare valfrihetsärenden görs av den enskilde handläggaren som har kännedom om reglerna. Svårare ärenden diskuteras i grupp där alla handläggare deltar. Ibland begärs externa expertutlåtanden. Dokumentation av bedömningar efter gruppdiskussioner dokumenteras i det enskilda ärendet, ej på generell nivå. Det görs ingen sammanställning av diskussionerna så att den kan användas för ett lärande eller förbättra förutsättningar för enhetliga bedömningar. Bedömningen är ett medicinskt beslut som inte är överklagningsbart, däremot möjligt att pröva en gång till om nya omständigheter tillkommit.

Enheten för individuella vårdärenden prioriterar vårdgarantiärenden som är politiskt viktigt område. Enheten gör löpande uppföljning av ärendebalanser, antal väntande och väntetider. Vidarehänvisning av patienter till andra vårdgivare görs. Rapportering till förvaltningens ledningsgrupp sker varje vecka och per månad vid bokslut. Enheten är också involverad i tillgänglighetsprojektet (se avsnitt 3.3). Vid hög belastning på telefonerna ökas antalet handläggare som kan besvara samtal. Telefontillgänglighet har mätts månatligen sedan mars 2008⁶.

ARV-gruppen inom enheten ARV, ambulans och medicinsk service har flyttat fokus till ökad uppföljning och kontroll istället för prioritering av hög tillgänglighet för vårdgivarna (privata specialister). Gruppen har vid uppföljning konstaterat felaktiga utbetalningar och rättsliga processer pågår.

Ambulansgruppen prioriterar utveckling av uppföljningsmodeller, mallar och nyckeltal/statistik. Arbetet görs i samverkan med andra delar av HSNf.

Under några intervjuer framkommer att betoning på uppföljning och resultatanalys kommer att öka för avdelningen. Exempel på detta är vårdgarantin och det utvecklingsarbete som nämndes i föregående stycke.

IT-området

Avdelningen använder ett stort antal stödsystem i sitt arbete. Bara inom tandvårdsenheten finns ett drygt 10-tal system som enligt förvaltningen inte uppfyller krav på funktionalitet och effektiv handläggning.

Uppgifter om ålderdomliga stödsystem och administration på tandvårdsenheten

⁶ Beläggningsrapport mars-sep 2008

Revisionskontoret har iakttagit att flera tandläkare uppfattar landstingets hantering som ålderdomlig och mycket pappersarbete. Tandläkarna har även kontakter med Försäkringskassan där kommunikation och informationsutbyte sker elektroniskt i mycket större utsträckning. Ett arbete har påbörjats för utveckling av Webb-Koral som är ett kommunikationssystem mellan förvaltningen, kommunen och vårdgivare. Det finns fastställd projektorganisation och projektplan inklusive riskanalys. LSF-IT ingår inte i projektet.

IT-projekt pågår/planeras för tandvårdens system

Inom tandvården krävs ett nytt stödsystem för listning av barn. Det är inte aktuellt att använda LISTON, utan nytt system krävs. Utformning av kravspecifikation pågår. I arbetsgruppen ingår inte representanter från LSF-IT eller LSF Koncernredovisning. LSF-IT har meddelat att de kan delta kring specifika IT-frågor. Det har inte framkommit om personer från andra avdelningar inom HSNf, t.ex. UU/Uppföljning och utvärdering/ har engagerats.

Extern konsult gör en säkerhetsgranskning av ARV-systemet under hösten. Enhetens initiativ till granskning tyder på medvetet ”kontrolltänkande”. För att effektivisera och få bättre förutsättningar för intern kontroll utvecklas ett elektroniskt system för fakturor och fr.o.m. 1/1 2009 kommer HSNf ej ta emot pappersfakturor. Det finns önskemål om att integrera privata specialister i ERSMO (nytt system som ska innehålla regler för olika ersättningsmodeller). ARV-portalen ska integreras med uppdragsguiden och detta arbete pågår. Tidigare informerades de privata specialisterna i ett särskilt ARV-nytt, nu har denna information integrerats i HSN-nytt.

Förvaltning av ambulansvårdens journalssystem överförs till LSF-IT

Avdelningen har förvaltningsansvar för CAK-net som är ambulanssjukvårdens egenutvecklade journalssystem. Omorganisationen inom IT mellan HSNf och LSF-IT medför att HSNf endast kommer att vara systemägare och vara beställare för systemutveckling.

En preliminär iakttagelse är att de IT-system som används uppfyller i stor utsträckning krav på intern kontroll. Brister verkar finnas i funktionalitet, effektivitet och ändamålsenlighet, i varje fall de system som används för tandvård. Vid utveckling av IT-system bör systemteknisk och redovisningskompetens finnas med i projektgruppen.

Upphandlingar av vård och vårdnära tjänster

Avdelningen har genomfört flera upphandlingar under 2008. En handfull upphandlingar planeras eller pågår för närvarande, däribland;

- Bedömningstandläkare för olika geografiska områden (avslutad)
- Uppsökande tandvård (pågående, i utvärderingsfas)
- Radiologi (avslutad)
- Klinisk fysiologi (pågående, i utvärderingsfas)
- Klinisk laboratoriemedicin (planeringsfas).

- Akut och planerad rehabilitering
- Klimatvård
- Ryggcentrum

Avdelningen samarbetar med SLL Upphandling och andra enheter inom HSNf i vårdupphandlingar.

Vidare noteras att avdelningen avropar från ramavtal avseende IT-konsulttjänster. Avdelningen har gjort ett fåtal direktupphandlingar över sju basbelopp, t.ex. med AISAB om transporter av avlidna och neuropsykiatriska utredningar för barn och ungdomar⁷. Enligt uppgifter så kontaktas både förtroendevalda i HSN och HSNf från anhöriga till barn/ungdomar som väntar på neuropsykiatrisk utredning för att åberopa vårdgarantin. Vårdgarantikansliet gör därefter en tilläggsbeställning hos den vårdgivare som patienten står i kö hos. Kansliet kontrollerar dock först att vårdgivaren uppfyller krav på viss kvalitetsnivå.

Rekommendationer:

- Dokumentera väsentliga processer/rutiner (såvida inte systembeskrivningar anses tillräckliga) för att minska sårbarhet, underlätta introduktion av nya medarbetare och underlätta enhetlig hantering
- Se över administrativa processer (t.ex. tandvårdsbevis) i samband med utveckling av nya stödsystem

⁷ Beslut HSVF 8115, motivering till avsteg från LOU finns