Region Örebro län

Region Örebro län

2023 -06- 22

Regionens revisorer

2023-06-14

Registraturen

Till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden
Regionfullmäktiges presidium, för kännedom

Revisionsrapport "Uppföljande granskning"
PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en uppföljande granskning av fördjupade granskningar under 2019–2021. Syftet har varit att bedöma om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Totalt har fyra granskningar följts upp:

- Granskning av ambulanssjukvården (2019), hälso- och sjukvårdsnämnden
- Systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet (2020), hälso- och sjukvårdsnämnden
- Granskning av Region Örebro läns anpassning till lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2020), hälso- och sjukvårdsnämnden
- Granskning av löneprocessen (2021), regionstyrelsen

De bedömningar som lämnas utifrån respektive granskning framgår nedan:

- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av ambulanssjukvården.
- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden i allt väsentligt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet.
- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.
- Vi bedömer att regionstyrelsen inte helt har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av löneprocessen.

Granskningen föranleder följande rekommendationer:

- Att hälso- och sjukvårdsnämnden överväger att ange en politisk ambition med mål för ambulanssjukvården. Den politiska ambitionen kan med fördel ingå i den övergripande planen för ambulanssjukvården.

- Att hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att kvarstående rekommendationer som ej eller delvis genomförts avseende granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster åtgärdas.

Regionens revisorer
c/o PwC
Jennie Forsberg
Tfn 072-353 00 35
Box 885
721 23 VÄSTERÅS

- Att regionstyrelsen säkerställer att de rekommendationer som ej eller delvis genomförts från granskning av löneprocessen åtgärdas.

Vi emotser regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande, med förslag till åtgärder samt detaljerad tidplan för varje identifierad brist, över skrivelsen och bilagd rapport senast 2023-10-14

För regionens revisorer

Sara Dicksen
Ordförande

Le-Roy Wentzel
Revisor

Annica Blomgren
Revisor

Uppföljande granskning

Region Örebro län

Revisionsrapport
Maj 2023

Johanna Larsson, revisionskonsult
Amanda Guerra, revisionskonsult
Rebecka Hansson, certifierad kommunal revisor

Innehållsförteckning

1.	Inledning	01
2.	Granskningsresultat	05
	Granskning av ambulansjukvården (2019)	06
	Granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet (2020)	11
	Granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2020)	16
	Granskning av löneprocessen (2021)	26
3.	Revisionell bedömning	33

1

Inledning

Inledning

Bakgrund

Revisorerna i Region Örebro län granskar årligen översiktligt styrelsens och nämndernas verksamhet och ekonomi, delårsbokslut och årsredovisning samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Enligt SKR:s styrdokument God revisionssed i kommunal verksamhet 2022 påtalas även vikten av att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. SKR skriver vidare att uppföljningen kan genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Revisionens revisorer har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att följa upp ett antal revisionsgranskningar genomförda under 2019-2021.

Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om granskade nämnder och regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av ett urval av granskningar genomförda åren 2019–2021. Totalt görs en uppföljning av fyra granskningar:

- Granskning av ambulanssjukvården (2019)
- Systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet (2020)
- Granskning av Region Örebro läns anpassning till lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2020)
- Granskning av löneprocessen (2021)

Metod

Granskningen har genomförts med följande metod:

Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar för respektive granskning genom intervjuer med berörda tjänstemän. Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.

Intervjuer har genomförts med:

- Chefsläkare
- Lönechef
- Informationssäkerhetssamordnare
- IT-säkerhetsansvarig
- Utredare utvecklingsenheten
- Enhetschef administration och service
- Utredare/verksamhetsutvecklare
- Verksamhetschef ambulanssjukvården
- Biträdande verksamhetschef ambulanssjukvården

Intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska ett utkast av rapporten.

2

Granskningsresultat

Granskning av ambulanssjukvården (2019)

År 2019 genomfördes en granskning av regionens ambulanssjukvård. Den sammanfattande bedömningen av granskningen var att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* hade säkerställt ett ändamålsenligt och effektivt arbete inom ambulanssjukvård samt att hälso- och sjukvårdsnämnden *delvis* hade säkerställt en god arbetsmiljö för ambulanssjukvårdspersonalen.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- Det finns ingen gemensam aktuell plan för ambulansverksamheten i enlighet med SOSFS 2009:10.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte upprättat någon övergripande plan för ambulanssjukvården innehållande mål och vilka resurser som ska finnas i ambulanssjukvården.
- För ambulanssjukvården finns det processer för kvalitetsarbetet men inget som finns dokumenterat.
- Personal inom ambulansenheterna saknar kunskap och kännedom om regionens riktlinjer och rutiner för ett systematiskt kvalitetsarbete.
- Tillvägagångssättet kan skilja sig mellan ambulansenheterna eftersom de till stora delar kan använda sig av akutklinikens processer och rutiner.
- Arbetssätten mellan Ambulanssjukvården och SOS alarm avseende alarmering bedöms inte vara anpassade efter varandra.

Utifrån ovanstående brister lämnades fyra rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av nämnden?

Iakttagelser

Region Örebro läns förtroendevalda revisorer översände ett missiv till hälso- och sjukvårdsnämnden för granskning av ambulanssjukvården 2019-09-23.

Hälso- och sjukvårdsnämnden behandlade revisionsgranskningen vid sitt sammanträde 2019-12-04 § 124 och fattade följande beslut: Att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna och överlämnas till Region Örebro läns revisorer.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår följande:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden delar revisorernas uppfattning om att det bör finnas en regionövergripande plan för ambulanssjukvården i enlighet med SOSFS 2009:10.
- Intentionerna i regionens övergripande arbetsmiljöarbete är väl förankrade i ambulansverksamheterna. Nämnden värdesätter de förbättringsförslag för detta arbete som framgår av revisionsrapporten.
- Flera genomlysningar har gjorts de senaste åren när det gäller vårdkedjan för patienter som får ambulanssjukvård. I arbetet har även ingått att analysera intäkter, kostnader och alternativkostnader.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden fick under våren 2019 en beskrivning av det arbete som pågår utifrån det som framkommit i genomlysningarna och avser fortsätta följa arbetet.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av nämnden?

Ja.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter har besvarats av hälso- och sjukvårdsnämnden. I sitt yttrande besvarar hälso- och sjukvårdsnämnden samtliga rekommendationer.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/2

Iakttagelser

Rekommendation 1: Övergripande plan för ambulanssjukvården

Vid förra granskningen gavs rekommendation om att hälso- och sjukvårdsnämnden bör upprätta en övergripande plan för ambulanssjukvården i enlighet med SOSFS 2009:10. Särskild vikt bör läggas vid att ange en politisk ambition med mål för ambulanssjukvården.

I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att nämnden delar revisorernas uppfattning om att det bör finnas en regionövergripande plan för ambulanssjukvården i enlighet med SOSFS 2009:10.

Vi har tagit del av utkastet *Plan för ambulanssjukvården Region Örebro län* som har upprättats i enlighet med SOFS 2009:10. Utkastet innehåller hur ambulanssjukvården är organiserad, vilka resurser som finns och uppföljningsområden bland annat andel prio 1-larm med väntetid max 20 minuter. Av intervju framgår att planen förväntas vara klar till sommaren 2023 och börja gälla till hösten 2023. Vidare framgår av intervju att regionfullmäktige eller hälso- och sjukvårdsnämnden inte formulerat några mål eller direktiv för ambulanssjukvården.

Rekommendation 2: Riktlinjer och rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete

Vid förra granskningen gavs rekommendation om att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att regionens riktlinjer och rutiner för systematiskt kvalitetsarbete implementeras i verksamheten.

I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att personalen generellt sett är nöjd med arbetsmiljön. Enligt nämndens bedömning tyder det på att intentionerna i regionens övergripande arbetsmiljöarbete är väl förankrade i ambulansverksamheterna. Nämnden värdesätter dock de förbättringsförslag för detta arbete som framgår av revisionsrapporten.

Av intervju framgår att ett arbete pågår för att säkerställa att alla inom ambulanssjukvården arbetar med systematiskt arbetsmiljöarbete. Samtliga enhetschefer har fått utbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete för att få ökad förståelse för området. På arbetsplatsträffar, APT, diskuteras systematiskt arbetsmiljöarbete regelbundet. Enkäter skickas även ut till medarbetare rörande arbetsmiljö som enhetscheferna sedan följer upp. Facklig samverkan med ombud sker även månadsvis.

Vidare framgår av intervju att uppföljning av området sker genom avstämningar med enhetschefer en gång i veckan, avstämningar mellan biträdande verksamhetschefer och enhetschefer en gång i veckan samt möten med alla chefsled tillsammans med verksamhetsutvecklare en gång i månaden.

Ett kontrollmoment i hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för år 2022 och år 2023 är att varje chef ska säkerställa efterlevnaden av systematiskt arbetsmiljöarbete utifrån de regionövergripande dokument som finns och att uppföljning ska ske i ledningsgrupper och samverkansgrupper. Uppföljning av internkontrollplan 2022 visar att det pågår ett projekt inom förvaltningen om samverkan och arbetsmiljö, struktur och utbildningsinsatser utifrån förvaltningens nya organisation, i samverkan med de fackliga organisationerna.

Rekommendation 3: Alarmering av ambulans

Vid förra granskningen gavs rekommendation om att hälso- och sjukvårdsnämnden bör undersöka hur alarmering av ambulansen kan utvecklas i syfte att säkerställa kvalitet och effektivitet i vårdkedjan.

I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att genomlysningar av vårdkedjan för de patienter som får ambulanssjukvård har gjorts de senaste åren inom Region Örebro län. Under våren 2019 fick nämnden en beskrivning av det arbete som pågår utifrån det som framkommit i genomlysningarna och avser att fortsätta följa arbetet.

Ambulanssjukvården har en rutin för *Ambulanssjukvårdens operativa rutiner för SOS Alarm* som revideras löpande. Av dokumentet framgår riktlinjer för larmmottagning, prioritering och dirigering av ambulanser inom Region Örebro län.

Vid intervju framgår att ambulanssjuksköterskor har ett samverkansavtal med SOS Alarm sedan sommaren år 2020. Samverkan sker genom att regionen har erfarna ambulanssjuksköterskor som arbetar på larmcentralen som ett medicinskt stöd till SOS och som även har medicinskt ansvar för patienter som väntar på ambulans i det virtuella väntrummet. Enligt verksamhetsföreträdare har detta haft positiva effekter då ambulanser nu är mer tillgängliga för prio 1-larm och att regionsjuksköterskorna ofta sänkt SOS-operatörens bedömning av vårdbehovet. Vi har tagit del av dokumentet *Regionsjuksköterska på larmcentralen* som sammanfattar de resultat som projektet har inneburit under de 18 månader som det har pågått. Resultatet av projektet visar att i snitt 12 gånger per tjänstgjord dag bedömde regionsjuksköterska att ingen akutambulans behövdes i beslutade ambulansuppdrag. Rapporten presenterar också förslag för fortsatt samverkan. Nämnden har tagit del av uppföljningen 2022-04-27 § 66 och beslutade i samband med det att ge hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att permanenta samarbetet.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/2

Vid intervju med verksamhetsföreträdare framgår att avtal med SOS Alarm följs upp två gånger om året vid avtalsuppföljningar. Regionen har inför avtalsuppföljningarna tagit fram en mall med frågor som SOS Alarm ska svara på. Regionen har även analysmöten tillsammans med SOS Alarm där man går igenom statistik, vilket regionen inte hade vid tid för förra granskningen. De intervjuade har beskrivit att det tidigare har upplevts svårt att få ta del av statistik från SOS Alarm och därav har analysmöten tillkommit.

De intervjuade har beskrivit att det planeras en översyn i samverkan med sjukreseenheten gällande sjuktransporter. Översynen ingår i nämndens verksamhetsplan för 2023. Ambulanssjukvården har under pandemin infört en lättvårdsambulans som används vid planerade vårdtransporter med övervakningsbehov.

Rekommendation 4: Intäkts- och kostnadsanalys

Vid förra granskningen gavs rekommendation om att hälso- och sjukvårdsnämnden bör komplettera genomförda utredningar med intäkts- och kostnadsanalys med beaktande av alternativkostnader.

I hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att i genomlysningarna har det även ingått att analysera intäkter, kostnader och alternativkostnader.

Av intervju framgår att regionen inte gjort några förändringar i sina analyser sedan förra revisionsgranskningen. De intervjuade beskriver att regionen inte förstod rekommendationen som lämnats utifrån att de anser att tidigare genomförda utredningar innehåller en intäkts- och kostnadsanalyser. Vi kan verifiera att uppföljning av projektet regionsjuksköterskor på larmcentralen innehåller en intäkts- och kostnadsanalys med beaktande av alternativkostnader vilket visar att nämnden arbetat med ovanstående rekommendation efter granskningen. De intervjuade har beskrivit att Region Örebro har bra kontakt med Region Värmland i syfte att förbättra sina intäkts- och kostnadsanalyser. De intervjuade lyfter ett behov av att utöka kostnadsanalyser av ambulanssjukvårdens verksamhet för att se exempelvis kostnad per patient.

Bedömning

Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Ja.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter och förslag har åtgärdats.

Vi bedömer att de synpunkter som framkom i den tidigare granskningen har beaktats i samband med framtagandet av en övergripande plan för ambulanssjukvården, som vid tid för vår granskning inte var politiskt behandlad. Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att ange en politisk ambition för ambulanssjukvården som med fördel kan vara en del i den övergripande planen.

Vi bedömer även att det vidtagits aktiva åtgärder avseende rekommendationer om systematiskt arbetsmiljöarbete och alarmering av ambulans. Vi ser det som positivt att nämnden beslutat att permanenta arbetet med regionsjuksköterskor på larmcentralen utifrån det goda resultatet som utvärderingen av projektet visat.

Sammanfattning av rekommendationer och åtgärder återfinns på efterföljande sida.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 1 Upprätta en övergripande plan för ambulanssjukvården i enlighet med SOSFS 2009:10. Särskild vikt bör läggas vid att ange en politisk ambition med mål för ambulanssjukvården.	Rekommendationen är under genomförande. Ett utkast till övergripande plan för ambulanssjukvården i enlighet med SOSFS 2009:10 finns och förväntas färdigställas till sommaren 2023. Politiska direktiv eller mål för ambulanssjukvården finns ej. Vid tid för vår granskning hade inte den övergripande planen behandlats av nämnden.
Rekommendation 2 Säkerställa att regionens riktlinjer och rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete implementeras i verksamheten.	Rekommendationen är genomförd. Arbete med systematiskt arbetsmiljöarbete pågår genom utbildning av enhetschefer, diskussioner på APT samt enkäter till medarbetare. Regelbundna uppföljningar av området sker i flera led.
Rekommendation 3 Undersöka hur alarmering av ambulansen kan utvecklas i syfte att säkerställa kvalitet och effektivitet i vårdkedjan.	Rekommendationen är genomförd. Nytt samverkansavtal med SOS Alarm som innebär att erfarna ambulanssjuksköterskor som är anställda av Region Örebro län gör bedömningar i larmcentralen (ej prio 1-larm). Avtalsuppföljningar sker två gånger per år för att säkerställa att SOS Alarm lever upp till avtalsvillkoren. Regionen har även analysmöten tillsammans med SOS Alarm där statistik analyseras.
Rekommendation 4 Komplettera genomförda utredningar med intäkts- och kostnadsanalys med beaktande av alternativkostnader.	Rekommendationen är genomförd. Inga förändringar av regionens analyser sedan förra revisionsgranskningen. Analyser som genomförts efter granskningen har innehållit intäkts- och kostnadsanalys med beaktande av alternativkostnader.

Granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet (2020)

År 2020 genomfördes en granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet. Den sammanfattande bedömningen av granskningen var att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden *inte helt* säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenligt.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- Det finns mål på regionövergripande nivå som stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete men målen har inte kommunicerats tillräckligt tydligt till medarbetarna.
- Den politiskt beslutade patientsäkerhetsstrategin 2017-2019 är inte särskilt känd i verksamheten. Den stärker inte helt struktur och styrning för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Riktlinjen *Patientsäkerhet ansvarsbeskrivning* stämmer inte överens med rådande roller och ansvar.
- Sammanställning, analys och uppföljning på kliniknivå görs på ett mindre strukturerat och konsekvent sätt.
- Det görs ingen utvärdering av patientsäkerhetsstrategin.
- Avvikelsesystemet är inte helt ändamålsenligt för analys och uppföljning.

Utifrån ovanstående brister lämnades fem rekommendationer till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

Iakttagelser

Region Örebro läns förtroendevalda revisorer översände ett missiv till hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionstyrelsen för granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet 2020-11-11. Regionstyrelsen har inte lämnat något yttrande.

Hälso- och sjukvårdsnämnden behandlade revisionsgranskningen vid sitt sammanträde 2021-04-28 § 47 och fattade följande beslut: Att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna och överlämnas till Region Örebro läns revisorer.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår följande:

- Chefläkargruppen kommer i samarbete med övriga verksamheter inom Patientsäkerhetsenheten utarbeta en kommunikationsplan till 1 september 2021.
- Utifrån beslut från hälso och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG) och hälso- och sjukvårdsnämnden utformas en uppdaterad patientsäkerhetsstrategi, eventuellt inom ramen för en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Uppdaterade dokument som beskriver strategier och värderingar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbetet ska finnas på plats 1 september 2021.
- Utifrån ovan nämnda beslut från HSLG och hälso- och sjukvårdsnämnden utformas uppdaterade dokument som beskriver den organisatoriska ansvarsfördelningen för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete. Detta görs eventuellt inom ramen för en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
- Som en del i utformandet av en kommunikationsplan ingår att säkerställa att uppdaterade riktlinjer för det systematiska patientsäkerhetsarbetet är åtkomliga via intranätet.
- Rutinen för hur klagomål och synpunkter hanteras och dokumenteras ska revideras till ett mer enat förfarande på områdes- och verksamhetsnivå.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

Ja.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter har besvarats av hälso- och sjukvårdsnämnden. I sitt yttrande besvarar hälso- och sjukvårdsnämnden samtliga rekommendationer.

Nej.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter inte har besvarats av regionstyrelsen.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/2

Iakttagelser

Rekommendation 1: Kommunicering av övergripande mål och strategier till medarbetarna

Vid förra granskningen gavs en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden att tydligare kommunicera övergripande mål och strategier avseende patientsäkerhet till medarbetarna.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att chefsläkargruppen, i samarbete med övriga verksamheter inom Patientsäkerhetsenheten, skulle utarbeta en kommunikationsplan till 1 september 2021.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2022 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppdragits av nämnden att med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet utforma en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Av intervjuer framgår att en handlingsplan håller på att arbetas fram och kommer att presenteras i juni 2023 inför beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden september 2023. Det framgår att arbetet med den regionala handlingsplanen blivit försenat på grund av personalbrist. Handlingsplanen bygger på Socialstyrelsens handlingsplan *Agera för säker vård* och den inkluderar en kommunikationsplan för patientsäkerhetsarbete. Det pågår även utformning av en intern och extern hemsida för att nå medarbetare, medborgare och övriga vårdgivare. Nyhetsbrev planeras även för nå ut till verksamheterna, nyhetsbreven är tänkt att skicka ut kvartalsvis.

Rekommendation 2: Dokument som uttrycker strategier och värderingar

Vid förra granskningen gavs en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden att tillse att ett uppdaterat dokument antas som uttrycker strategier och värderingar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att utifrån beslut från hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdsnämnden utformas en uppdaterad patientsäkerhetsstrategi, eventuellt inom ramen för en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Uppdaterade dokument som beskriver strategier och värderingar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete ska finnas på plats 1 september 2021.

Av intervjuer framgår att den handlingsplan som håller på att arbetas fram och som kommer att presenteras i juni 2023 inför beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden september 2023 inkluderar strategier och värderingar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.

I intervju framkommer att *patientsäkerhetsstrategi 2017-2019* fortsatt att gälla även efter 2019. Strategin anger inriktningen för regionens arbete med en god och säker vård och syftar till att skapa engagemang, medvetenhet och kompetens om patientsäkerhet.

Rekommendation 3: Riktlinje som beskriver det organisatoriska ansvarets fördelning

Vid förra granskningen gavs en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden att tillse att det finns en uppdaterad riktlinje som beskriver det organisatoriska ansvarets fördelning inom patientsäkerhetsarbetet.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att utifrån ovan nämnda beslut från HSLG och hälso- och sjukvårdsnämnden utformas uppdaterade dokument som beskriver den organisatoriska ansvarsfördelningen för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete. Detta görs eventuellt inom ramen för en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Uppdaterade dokument ska finnas på plats 1 september 2021.

Vid intervju framgår att den regionala handlingsplan som är under framtagande inkluderar det organisatoriska ansvarets fördelning inom patientsäkerhetsarbetet. De intervjuade ger uttryck för att det organisatoriska ansvarets fördelning inom området upplevs idag tydlig och heltäckande.

Riktlinjen *Patientsäkerhet ansvarsbeskrivning 2022* beskriver uppdrag samt ansvarsfördelning gällande kvalitets- och patientssäkerhetsarbetet. Ansvarsbeskrivningen gäller hela hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Inom patientsäkerhetsarbetet finns ett dokument med fördelning av arbetsuppgifter för patientsäkerhetsansvariga (reviderad april 2023).

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/2

Rekommendation 4: Uppdaterade, aktuella samt övergripande riktlinjer på regionens Intranät

Vid förra granskningen gavs en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden att tillse att det finns uppdaterade, aktuella samt övergripande riktlinjer på regionens intranät.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att som en del i utformandet av en kommunikationsplan ingår att säkerställa att uppdaterade riktlinjer för det systematiska patientsäkerhetsarbetet är åtkomliga via intranätet. Vid intervjuer framgår att det finns styrande dokument på intranätet avseende patientsäkerhet, dock har det framgått att sökfunktionen på intranätet inte är ändamålsenlig. Det pågår ett arbete med att uppdatera riktlinjerna som finns på intranätet och att förbättra sökfunktionen vilket ska bidra till att relevanta riktlinjer ska komma som första sökresultat. Den regionala handlingsplanen kommer finnas tillgänglig för medarbetare via intranätet efter den blivit antagen av nämnden.

Vid intervju har det framgått att patientsäkerhetsenheten har haft en del vakanta tjänster. Sedan mars 2023 har samtliga tjänsterna blivit tillsatta och nu är patientsäkerhetsenheten fulltalig vilket bidra till att det finns mer resurser till pågående utvecklingsarbeten.

Rekommendation 5: Dokumentation och sammanställning av muntliga klagomål och synpunkter

Vid förra granskningen gavs en rekommendation till regionstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden att tillse att det på kliniknivå sker konsekvent dokumentation och sammanställning av även muntliga klagomål och synpunkter.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att berörda kliniker arbetar bland annat med förslagslådor uppsatta på alla sektioner; skriftlig och digital information på anslagstavlor/skärmar om riktlinjer och om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Som en del i det övergripande arbetet kommer de goda exemplen spridas. Rutinen för hur klagomål och synpunkter hanteras och dokumenteras ska också revideras till ett mer enat förfarande på områdes- och verksamhetsnivå.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter inom Region Örebro län (reviderad 2018-10-22) har inte reviderats sedan granskningen genomfördes.

I granskningen som genomfördes 2020 ingick Medicinkliniken och Kirurgkliniken. Granskningen som genomfördes 2020 visade att sammanställning, analys och uppföljning på kliniknivå görs på ett mindre strukturerat och konsekvent sätt. VO kirurgi och VO medicin ingår i område specialiserad vård och båda verksamhetsområdena har rutiner för hantering av enskilda klagomål- och synpunkter. Enligt de båda rutinerna ska klagomål diarieföras oavsett hur det inkommit till verksamheterna. Vi har ställt skriftliga frågor via e-post till områdeschef specialiserad vård där VO kirurgi och VO medicin ingår. Av skriftligt svar framgår att rutinen vid muntliga klagomål är att man ska skriva en tjänsteanteckning som diarieförs. Vidare framgår att det genomförs patientsäkerhetsronder på regelbunden basis på samtliga verksamhetsområden (kliniker). I samband med denna uppföljning ställs det frågor kring klagomål och den uppföljning som klinikerna genomför.

I patientsäkerhetsberättelse för år 2022 ingår en sammanställning av klagomål och synpunkter som inkommit till Region Örebro län. Inom område specialiserad vård har cirka 400 klagomål inkommit under 2022.

Bedömning

Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Ja.

Vi bedömer att synpunkterna och förslagen har åtgärdats av hälso- och sjukvårdsnämnden främst genom det pågående arbetet med att ta fram en regional handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet, vilket nämnden även uppdragit till förvaltningen i sin verksamhetsplan för 2022.

Vi bedömer även att det vidtas aktiva åtgärder för att nå ut till medarbetare och chefer avseende patientsäkerhetsarbetet genom det pågående arbetet med att uppdatera intranätet och även det planerade arbetet med att skicka ut nyhetsbrev.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 1 Tydligare kommunicera övergripande mål och strategier avseende patientsäkerhet till medarbetarna.	Rekommendationen är genomförd Det pågår ett arbete med att uppdatera både intranätet och information om patientsäkerhetsarbete på regionens hemsida. I den regionala handlingsplanen som är under framtagande kommer det ingå en kommunikationsplan.
Rekommendation 2 Tillse att ett uppdaterat dokument antas som uttrycker strategier och värderingar för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.	Rekommendationen är genomförd Hälso- och sjukvårdsnämnden har uppdragit hälso- och sjukvårdsförvaltningen att ta fram en regional handlingsplan som utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplanen. Vi har fått ta del av ett utkast på den regionala handlingsplanen som utgår från den nationella handlingsplanen som är planerad att gå upp för beslut till nämnden i september 2023.
Rekommendation 3 Tillse att det finns en uppdaterad riktlinje som beskriver det organisatoriska ansvarets fördelning inom patientsäkerhetsarbetet.	Rekommendationen är genomförd Dokumentet *Patientsäkerhet ansvarsbeskrivning 2022* beskriver det organisatoriska ansvarets fördelning inom patientsäkerhetsarbetet. En beskrivning av roll- och ansvarsfördelning ska även ingå i den regionala handlingsplanen som är under framtagande.
Rekommendation 4 Tillse att det finns uppdaterade, aktuella samt övergripande riktlinjer på regionens intranät.	Rekommendationen är genomförd Det finns uppdaterade, aktuella samt övergripande riktlinjer på regionens intranät. Intranätet upplevs inte ändamålsenligt bland annat för att sökfunktionen är undermålig. Det pågår ett arbete med att uppdatera både intranätet och information om patientsäkerhetsarbete på regionens hemsida.
Rekommendation 5 Tillse att det på kliniknivå sker konsekvent dokumentation och sammanställning av även muntliga klagomål och synpunkter.	Rekommendationen är genomförd Det finns rutiner för hantering av enskilda synpunkter och klagomål för VO medicin och VO kirurgi. Uppföljning av att dokumentation genomförs sker bland annat vid patientsäkerhetsronder.

Granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2020)

År 2020 genomfördes en granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Den sammanfattande bedömningen av granskningen var att hälso- och sjukvårdsnämnden *inte* uppfyller de krav som ställs på leverantörer av samhällsviktig verksamhet genom lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

De brister som framkom i granskningen var bland annat följande:

- Regionens analyser och bedömningar kopplat till tolkning av samt implementering av lag 2018:1174 har inte dokumenterats.
- Det saknas dokumenterade rollbeskrivningar och definierade ansvarsområden inom tjänstemannaorganisationen.
- Det saknas ett systematiskt arbete med utvärdering och uppföljning.
- Rutin för intern incidentrapportering av NIS-incidenter existerar inte. Det existerar inte heller en definition av vad en NIS-incident inom regionen innebär.
- Regionen har inte färdigställda kontinuitetsplaner att arbeta efter i händelse av ett störning eller avbrott.

Utifrån ovanstående brister lämnades 13 rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av nämnden?

Iakttagelser

Region Örebro läns förtroendevalda revisorer översände ett missiv till hälso- och sjukvårdsnämnden för granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster 2020-11-11. Hälso- och sjukvårdsnämnden behandlade revisionsgranskningen vid sitt sammanträde 2021-02-12 § 18 och fattade följande beslut: Att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna och överlämnas till Region Örebro läns revisorer.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår följande:

- Region Örebro delar den bild som revisorerna lämnar i revisionsrapporten och de bedömningar som görs. Inom regionen pågår ett förbättringsarbete inom dessa områden.
- Det finns en ambition om en mer strukturerad och organiserad insamling av information, det är under utveckling och ambitionen är att skapa förutsättningar för en förbättrad och förenklad återrapportering.
- Det finns behov av en funktion som är mottagare av informationssäkerhetsfrågorna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Frågan om utbildning och övningar följs upp årligen i samband med patientsäkerhetsrond inom åtminstone ett område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Ett arbete med definition av vad en NIS-incident är inom Region Örebro län är under utveckling.
- En lista över system och funktioner är framtagen. Det återstår att synkronisera listan över system och funktioner med de system som finns med i underlaget till kontinuitetsplan. Det återstår också att utföra ett arbete inom varje verksamhet för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten.
- Det finns anledning att se över om former för uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring vid utbildnings- och övningsverksamhet samt vid skarpa händelser kopplat till informationssäkerhet eventuellt behöver förtydligas genom interna rutiner på Regionservice IT.
- Det har tagits fram en checklista för vad som ska klassas som en NIS-incident, men det finns behov av komplettering från Regionservice IT och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Checklistan ska användas för att ta fram en rutin för incidentrapportering.
- Arbetet med framtagandet av kontinuitetsplaner för hälso- och sjukvårdsnämndens kritiska och samhällsviktiga tjänster och beroenden fortsätter. Den beräknade sluttidspunkten för första versionen av kontinutetsplanen är kvartal 1, 2021.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under hösten 2020 en tillsyn av Region Örebro län enligt lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), LIS, avseende leverantörens systematiska informationssäkerhetsarbete. Ärendet avslutades efter att IVO bedömde att leverantören kunnat redovisa dokument som beskriver att det finns en övergripande styrning av det systematiska och riskbaserade informationssäkerhetsarbetet.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av nämnden?

Delvis.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter delvis har besvarats av hälso- och sjukvårdsnämnden. Revisorerna i Region Örebro län lämnade ett svar på hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande daterat 2021-08-17 där revisorerna anser att det inte framgår hur nämnden ställer sig till kontrollmål 1, dvs att tydliggöra ledning och styrning samt det formella ansvaret för att utveckla, implementera och rapportera åtgärder till lagen. Vidare anser revisorerna att nämnden behöver säkerställa att arbetet med att identifiera en samhällsviktig leverans även sker med en kravställan mot leverantörer och inte enbart avgränsas till hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/5

Iakttagelser

Rekommendation 1: Tydliggöra ledning och styrning samt det formella ansvaret för att utveckla, implementera och rapportera åtgärder

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att tydliggöra ledning och styrning samt det formella ansvaret för att utveckla, implementera och rapportera åtgärder kopplade till lagen.

Regionens revisorer svarade 2021-08-17 på hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande och ansåg att det i yttrandet inte framgår hur Region Örebro län ställer sig till rekommendation 1. Revisionen anser att detta är grunden till hela arbetet och därmed prioriterat.

En beskrivning av styrning och ledning av det systematiska informationssäkerhetsarbetet återfinns i den regionövergripande riktlinjen *Ledning och styrning av informationssäkerhet* (reviderad 2022-11-09). Av riktlinjen framgår att informationssäkerhetssamordnaren ska strategiskt styra och samordna informationssäkerhetsarbetet inom regionen.

Vid intervju visades ledningssystemet som är framtaget under 2022 där processen för informationssäkerhetsarbetet återfinns. Det finns en beskriven process med tillhörande rutiner/riktlinjer för exempelvis informationsklassning och upphandling av nya system. I ledningssystemet finns en beskrivning för alla delar i rapportering.
Informationssäkerhetssamordnare har ansvar för att utveckla och hålla ledningssystemet uppdaterat. Ledningssystemet finns tillgängligt för chefer och medarbetare via regionens intranät.

Rekommendation 2: Rollbeskrivningar

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att utveckla och dokumentera rollbeskrivningar med definierade ansvarsområden för implementering av åtgärder på verksamhetsnivå.

Som tidigare nämnts visades ledningssystemet vid intervjun. En del av ledningssystemet innehåller rollbeskrivningar inom området informationssäkerhet. De intervjuade beskriver att det finns varierande kännedom om roll- och ansvarsfördelningen för informationssäkerhetsarbetet inom organisationen.

Av riktlinjen *Ledning och styrning av informationssäkerhetsarbetet* framgår att ansvaret för informationssäkerheten är kopplat till det delegerade verksamhetsansvaret vilket innebär att varje person som är ansvarig för en verksamhet även är ansvarig för informationssäkerheten inom sin verksamhet. Roll- och ansvarsbeskrivningar återfinns även i andra regionövergripande styrdokument som *informationssäkerhetspolicy*, *riktlinje om ledning och styrning av informationssäkerhet*, *riktlinje informationsklassning och riskanalys* (reviderad 2022-11-09) och *riktlinje riskanalys, informationssäkerhet* (reviderad 2022-11-07).

Rekommendation 3: Roll/funktion med ansvar för informationssäkerhet

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att etablera en roll/funktion i verksamheten med ansvar för informationssäkerhet syftandes till att säkerställa förståelse och kompetens inom informationssäkerhet samt möjlighet till förenklad kommunikation på verksamhetsnivå. Denna roll/funktion bör tilldelas ansvar och ägarskap på verksamhetsnivå för åtgärder kopplade till lagen. Denna roll/funktion kan med fördel vara motpart och kontaktpunkt till IT och enheten för juridik och säkerhet i frågor som rör IT- och informationssäkerhet.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att regionen delar revisorernas bedömning att det finns behov av en funktion som är mottagare av informationssäkerhetsfrågorna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Hälso- och sjukvårdsledningsgruppen fattade beslut hösten 2021 att inrätta en tjänst som informationssäkerhetshandläggare. Vid intervju framgår att sedan april 2022 finns tjänsten på stabsverksamheten inom hälso- och sjukvårdensförvaltningen. Informationssäkerhetshandläggaren är ett nära och operativt stöd i informationssäkerhetsfrågor. Roll- och ansvarsfördelning för informationssäkerhetshandläggare återfinns i tidigare beskriven riktlinje *Ledning och styrning av informationssäkerhet* samt i *Funktionsbeskrivning informationssäkerhet.* De intervjuade ger uttryck för att den nya rollen är ett stöd för verksamheterna för att leva upp till lagen och även för att ge stöd kring informationssäkerhet på verksamhetsnivå.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/5

Rekommendation 4: Verksamhetskartläggning

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra en detaljerad verksamhetskartläggning i syfte att identifiera samhällsviktiga verksamheter. Utifrån denna verksamhetskartläggning bör regionen definiera vilka beroenden till nätverk och informationssystem som är särskilt kritiska för att leverera identifierade samhällsviktiga verksamheter. Vidare bör det vara incidenter relaterade till dessa identifierade nätverk och informationssystem som leder till en incidentrapport i enlighet med lag 2018:1174.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att en lista över system och funktioner är framtagen. Det återstår att synkronisera listan över system och funktioner med de system som finns med i underlaget till kontinuitetsplanen. Det återstår också att utföra ett arbete inom varje verksamhet för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten.

Av intervju framgår att IT-enheten tillsammans med hälso- och sjukvården tagit fram en lista över verksamhetskritiska system där det framgår vilka system som ska prioriteras vid katastrofläge. Listan uppdateras minst en gång varje år samt vid behov. Ett nytt vårdinformationssystem ska även implementeras och det ska vävas in i kontinuitetsplaner. Vidare framgår från intervju att incidentrapporter upprättas vid mindre incident, annars genomförs händelseanalyser.

Risken att det inte finns robusta reservrutiner för störningar i vårdsystemen har varit en del av internkontrollplanen för år 2021 och 2022. Risken är även en del av internkontrollplan för 2023. I uppföljningen av nämndens internkontrollplan 2022 framgår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen är identifierad som samhällsviktig verksamhet och en lista över system och funktioner är framtagen. Vidare framgår att varje verksamhet måste utföra ett arbete för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten. De tre riskområdena ingår även i nämndens internkontrollplan för 2023.

Rekommendation 5: Planering för kommunikation, övning och utbildning

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att utveckla en planering för kommunikation, övning och utbildning inom området informationssäkerhet vilken inkluderar regionens samtliga medarbetare.

Vi har tagit del av processbeskrivningen *Ändringshantering* (beslutad 2016-03-01) som beskriver processen ändringshantering hos Regionservice IT. Målgrupper för dokumentet är både de som använder sig av ändringshanteringen men även de som berörs av ändringshanteringen. Dokumentet gäller för IT-system och IT-infrastruktur i produktionsmiljö som hanteras av Regionservice IT.

Processbeskrivningen *Ändringshantering* (beslutad 2016-03-01) är fortfarande aktuell och används av Regionservice IT. De intervjuade har beskrivit att informationssäkerhet ingår som en del i flera utbildningar som regelbundet ges till verksamheten, exempelvis chefsutbildningar, utbildningar för ST och BT-läkare och läkarstudenter. Det finns även en e-utbildning om informationssäkerhet- och sekretess. Vidare framgår att riktade utbildningsinsatser görs vid behov av informationssäkerhetshandläggare. Det finns inga obligatoriska utbildningar som riktar sig till samtliga medarbetare.

I nämndens internkontrollplan 2022 återfinns risken att det inte finns robusta reservrutiner för störningar i vårdsystemen. För att åtgärda risken skulle det genomföras genomgång av utbildningar och övningar i samband med verksamhetsuppföljningar inom områdena. Uppföljning av internkontrollplanen visar att rutiner används och fungerar. Nämnden bedömde att risken skulle vara en del av nästkommande års internkontrollplan vilket vi kan verifiera att den är.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 3/5

Rekommendation 6: Kompetens inom informationsklassning

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att öka kompetens inom informationsklassning genom rekrytering och utbildning för att säkerställa att information klassas kontinuerligt och rätt. Genom att sprida kunskap om informationsklassning till fler kan regionen minska personberoendet, frigöra resurser och därigenom fokusera mer på strategisk utveckling inom informationssäkerhetsområdet.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att regionen arbetar med att ta fram enhetliga underlag till verksamheten och hela tiden förbättra de metoder som finns för informationsklassning.

Den regionövergripande riktlinjen *Informationsklassning och riskanalys* syftar till att bland annat beskriva informationsklassning med tillhörande säkerhetskrav, riskanalys och vad som initierar en informationsklassning. Vid intervju visas ledningssystemet där det finns en tydlig vägledning i hur informationsklassning ska genomföras. Vägledningen är framtagen för att informationsklassningen ska vara så lika som möjligt oavsett vart i verksamheten man informationsklassar. Innan en upphandling ska genomföras av något verksamhetssystem måste en informationsklassning först genomföras. De intervjuade beskriver att det inte är möjligt att få igenom en upphandling innan informationsklassning genomförts. Informationssäkerhetssamordnare och informationssäkerhetshandläggare kan ge stöd vid behov till verksamheter när en informationsklassning ska göras. De intervjuade upplever att kännedomen om informationsklassning har ökat inom organisationen.

Informationssäkerhet med tre tillhörande riskområden har varit en del av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan 2021 och 2022. De tre riskområdena ingår även i nämndens internkontrollplan för 2023. Uppföljning av internkontrollplan 2022 visar att medvetenheten och kunskapen har ökat bland verksamheterna vad gäller informationsklassning.

Rekommendation 7: Uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att tydliggöra former för uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring vid utbildnings- och övningsverksamhet samt vid skarpa händelser kopplat till informationssäkerhet.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att interna rutiner på Regionservice IT behöver ses över och eventuellt förtydligas.

I skriftligt svar från förvaltningen framgår att regionen/vårdgivaren inte har kontinuerliga övningar. Vårdgivaren har aktuella och uppdaterade reservrutiner som används enligt processbeskrivningen *Ändringshantering*.

Av intervju framgår att vid skarpa händelser görs en händelseanalys. Vid incident görs en erfarenhetsuppföljning och vid mindre incidenter görs en incidentrapport.

Rekommendation 8: Definiering av NIS-incident samt rutin för incidentrapportering

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att definiera vad som klassificeras som en s.k. "NIS-incident" och skapa rutin för incidentrapportering.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att en grund till checklista för vad som ska klassas som en NIS-incident tagits fram, men det finns behov av komplettering från Regionservice IT och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Checklistan ska sedan användas för att ta fram en rutin för incidentrapportering.

Vi har tagit del av en checklista för NIS-rapportering från 2023-02-16. Av checklistan framgår rutiner för incidentrapportering samt vad som defineras som en "NIS-incident". De intervjuade beskriver att checklistan uppdateras löpande.

Rekommendation 9: Uppdatering av relevanta styrdokument

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att uppdatera relevanta styrdokument med utgångspunkt i lag (2018:1174).

För granskningen har vi tagit del av *informationssäkerhetspolicy, riktlinje om ledning och styrning av informationssäkerhet, riktlinje informationsklassning och riskanalys* (reviderade 2022-11-09) och *riktlinje riskanalys, informationssäkerhet* (reviderad 2022-11-07) som har sin utgångspunkt i lag (2018:1174).

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 4/5

Vid intervju framgår att verksamhetsföreträdare upplever att styrdokumenten är relevanta och tillräckliga för att leva upp till lagen. Informationssäkerhetssamordnare ansvarar för att hålla ledningssystemet uppdaterat medan informationssäkerhetshandläggaren ansvarar för att hålla lokala styrdokument uppdaterade.

Rekommendation 10: Objektägare med ansvar för nätverk och informationssystem

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att utse objektägare med ansvar för nätverk och informationssystem som ansvariga för att genomföra riskanalyser på sina objekt kopplade till samhällsviktiga leveranser

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att regionen ställer sig frågandes till vilket förvaltningsobjekt som åsyftas, som en objektägare ska utses till.

Region Örebro län har en förvaltning enligt Pm3 med utsedda objektägare som är ansvariga för att riskanyser genomförs. Förvaltningen är inte specifikt utpekad för den samhällsviktiga tjänsten och dess leveranser, utan för all förvaltning av de vårdsystem samt infrastrukturen inom IT som har koppling till Hälso-och sjukvården samt till Folktandvård.

Rekommendation 11: Ägare och leveransdatum för övergripande riskanalys

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att utse ägare och leveransdatum för att genomföra övergripande riskanalys i enlighet med lagtexten.

Vid intervju framgår att frågan har diskuterats men att man inte kommit så långt i planeringen.

Rekommendation 12: Kontinuitetsplaner

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att fortsätta arbetet med framtagandet av kontinuitetsplaner för Hälso- och sjukvårdsnämndens kritiska och samhällsviktiga tjänster och beroenden.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att den beräknade sluttidpunkten för första versionen av kontinuitetsplanen är kvartal 1, 2021.

Vi har tagit del av riktlinjen *Kontinuitetshantering IT* (reviderad 2021-12-17) som syftar till att säkra tillgängligheten till de IT-system och stöd som regionens olika verksamheter prioriterar för sin kärnverksamhet i händelse av allvarlig incident. Av riktlinjen framgår bland annat avsnitt om klassificering av påverkan vid bortfall, identifiering och hantering av risker, grundprinciper för kontinuitetshantering, ansvar och förvaltning samt krisorganisation Region Örebro län.

Vid intervju framgår att det även finns en systemlista som revideras minst en gång om året. System är klassificerade enligt riktlinjen *Kontinuitetshantering IT.* När det nya vårdinformationssystemet införs kommer systemlistan att revideras igen.

Rekommendation 13: Verksamheternas kontinuitetsplaner

Vid förra granskningen gavs rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att samtliga verksamheter har kontinuerligt reviderade och implementerade kontinuitetsplaner som bygger på krav om genomförd verksamhetskonsekvensanalys enligt regionens gällande riktlinjer.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande framgår att det pågår ett arbete inom Regionservice IT avseende denna rekommendation.

Vid intervju framgår att Regionservice IT gjort ett stort arbete med att säkerställa att samtliga verksamheter har kontinuitetsplaner. I verksamheternas kontinuitetsplaner finns inte bara IT och informationssäkerhet utan även vad man ska göra om t.ex. strömmen går.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 5/5

Bedömning

Revisionsfråga 2: Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Delvis.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis åtgärdat synpunkterna och förslagen från tidigare granskning. Det finns tydliga processer, rutiner och riktlinjer för informationssäkerhetsarbetet finns samlat i ledningssystemet. Funktionen informationssäkerhetshandläggare som tillsattes i april förra året arbetar som ett verksamhetsnära stöd för hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende bland annat informationsklassning.

Vi bedömer genom vår granskning att det finns vissa kvarstående åtgärdsbehov från föregående granskning som att genomföra en detaljerad verksamhetskartläggning, utveckla en planering för kommunikation, övning och utbildning samt att tydliggöra former för uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring vid utbildnings- och övningsverksamhet.

Vi rekommenderar att hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att de rekommendationer som ej eller delvis genomförts åtgärdas.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 1 Tydliggöra ledning och styrning samt det formella ansvaret för att utveckla, implementera och rapportera åtgärder kopplade till lagen.	Rekommendationen är genomförd Den regionövergripande riktlinjen *Ledning och styrning av informationssäkerhet* beskriver roll- och ansvarsfördelningen. I ledningssystemet finns beskrivningar över rapportering och även en rollbeskrivning.
Rekommendation 2 Utveckla och dokumentera rollbeskrivningar med definierade ansvarsområden för implementering av åtgärder på verksamhetsnivå.	Rekommendationen är genomförd Det finns dokumenterade rollbeskrivningar både i ledningssystemet och i rutiner och riktlinjer. Kunskapen om roll- och ansvarsfördelning bedöms varierande inom organsiationen.
Rekommendation 3 Etablera en roll/funktion i verksamheten med ansvar för informationssäkerhet syftandes till att säkerställa förståelse och kompetens inom informationssäkerhet samt möjlighet till förenklad kommunikation på verksamhetsnivå. Denna roll/funktion bör tilldelas ansvar och ägarskap på verksamhetsnivå för åtgärder kopplade till lagen. Denna roll/funktion kan med fördel vara motpart och kontaktpunkt till IT och enheten för juridik och säkerhet i frågor som rör IT- och informationssäkerhet.	Rekommendationen är genomförd Sedan april 2022 finns rollen informationssäkerhetshandläggare inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Informationssäkerhetshandläggarens roll och ansvar finns dokumenterat i både riktlinjen *Ledning och styrning av informationssäkerhet* samt i *funktionsbeskrivning informationssäkerhet.*
Rekommendation 4 Genomföra en detaljerad verksamhetskartläggning i syfte att identifiera samhällsviktiga verksamheter. Utifrån denna verksamhetskartläggning bör regionen definiera vilka beroenden till nätverk och informationssystem som är särskilt kritiska för att leverera identifierade samhällsviktiga verksamheter. Vidare bör det vara incidenter relaterade till dessa identifierade nätverk och informationssystem som leder till en incidentrapport i enlighet med lag 2018:1174.	Rekommendationen är delvis genomförd IT-enheten har tillsammans med hälso- och sjukvården tagit fram en lista över verksamhetskritiska system där det framgår vilka system som ska prioriteras vid katastrofläge. Uppföljning av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan 2022 visar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen är identifierad som samhällsviktig verksamhet och en lista över system och funktioner är framtagen. Vidare framgår att varje verksamhet måste utföra ett arbete för att se vilka IT-system, medicintekniska informationssystem och IT-infrastruktur som behövs för att kunna upprätthålla god patientsäkerhet och den samhällsviktiga tjänsten. Risken återfinns i internkontrollplan 2023 vilket tyder på att det kvarstår ett arbete för att säkerställa att en detaljerad verksamhetskartläggning är genomförd.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 5 Utveckla en planering för kommunikation, övning och utbildning inom området informationssäkerhet vilken inkluderar regionens samtliga medarbetare.	Rekommendationen är ej genomförd För granskningen har vi inte tagit del av dokumentation som visar att det finns en planering för kommunikation, övning och utbildning inom området informationssäkerhet vilken inkluderar regionens samtliga medarbetare. Utbildning riktas till berörda medarbetare.
Rekommendation 6 Öka kompetens inom informationsklassning genom rekrytering och utbildning för att säkerställa att information klassas kontinuerligt och rätt. Genom att sprida kunskap om informationsklassning till fler kan regionen minska personberoendet, frigöra resurser och därigenom fokusera mer på strategisk utveckling inom informationssäkerhetsområdet.	Rekommendationen är genomförd I ledningssystemet finns information och vägledning för hur man informationsklassar. Verksamheter kan få stöd i informationsklassning av informationssäkerhetshandläggare och informationssäkerhetssamordnare.
Rekommendation 7 Tydliggöra former för uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring vid utbildnings- och övningsverksamhet samt vid skarpa händelser kopplat till informationssäkerhet.	Rekommendationen är delvis genomförd Regionen genomför inte övningar. Av intervju framgår att vid skarpa händelser görs en händelseanalys. Vid incident görs en erfarenhetsuppföljning och vid mindre incidenter görs en incidentrapport.
Rekommendation 8 Definiera vad som klassificeras som en s.k. "NIS-incident" och skapa rutin för incidentrapportering.	Rekommendationen är genomförd Det finns en framtagen checklista för NIS-rapportering från 2023-02-16. Av checklistan framgår rutiner för incidentrapportering och definition på vad som klassificeras som en s.k. "NIS-incident".
Rekommendation 9 Uppdatera relevanta styrdokument med utgångspunkt i lag (2018:1174)	Rekommendationen är genomförd Regionövergripande styrdokument med utgångspunkt i lag (2018:1174) som är uppdaterade sedan förra granskningen.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 10 Utse objektägare med ansvar för nätverk och informationssystem som ansvariga för att genomföra riskanalyser på sina objekt kopplade till samhällsviktiga leveranser	Rekommendationen är genomförd Region Örebro län har en förvaltning enligt Pm3 med utsedda objektägare som är ansvariga för att riskanyser genomförs. Förvaltningen är inte specifikt utpekad för den samhällsviktiga tjänsten och dess leveranser, utan för all förvaltning av de vårdsystem samt infrastrukturen inom IT som har koppling till Hälso-och sjukvården samt till Folktandvård.
Rekommendation 11 Utse ägare och leveransdatum för att genomföra övergripande riskanalys i enlighet med lagtexten	Rekommendationen är ej genomförd Frågan har diskuterats men ej genomförts
Rekommendation 12 Fortsätt arbetet med framtagandet av kontinuitetsplaner för Hälso- och sjukvårdsnämndens kritiska och samhällsviktiga tjänster och beroenden.	Rekommendationen är genomförd Regionservice IT arbetar efter riktlinjen *Kontinuitetshantering IT.* Det finns en framtagen systemlista med system som används inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen med tillhörande konsekvens för om systemet inte skulle fungera, t ex allvarlig, katastrofal.
Rekommendation 13 Säkerställ att samtliga verksamheter har kontinuerligt reviderade och implementerade kontinuitetsplaner som bygger på krav om genomförd verksamhetskonsekvensanalys enligt regionens gällande riktlinjer.	Rekommendationen är genomförd Regionservice IT har arbetat tillsammans med verksamheterna för att ta fram kontinuitetsplaner.

Granskning av löneprocessen (2021)

År 2021 genomfördes en granskning av löneprocessen. Den sammanfattande bedömningen av granskningen var att regionstyrelsen *inte* har säkerställt en helt tillfredsställande och ändamålsenlig lönehantering och löneutbetalningsprocess med tillräcklig intern kontroll.

De brister som framkom i granskningen var följande:

- Det finns inte någon samlad, dokumenterad process- eller rutinbeskrivning för regionens löneprocess där tydliga roll- och ansvarsfördelningar framgår.
- Det görs ingen uppföljning av att chefer kontrollerar löneberäkningssumma inför lönekörning eller utanordningslista efter löneutbetalning.
- Det genomförs inte någon form av genomgång eller analys av logglista över förändringar av fasta data i lönesystemet.
- I verifieringarna och stickproven utifrån registeranalysen noterade vi vissa avvikelser vad gäller lönetillägg, hanteringen av reseräkningar och traktamenten samt höga grundlöner och höga bruttolöner.
- Det saknas ett systematiskt internkontrollarbete som bygger på en årlig riskbedömning och riskhantering, där interna kontrollaktiviteter följs upp och utvärderas i syfte att säkerställa att de är effektiva.

Utifrån ovanstående brister lämnades åtta rekommendationer till regionstyrelsen.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av styrelsen?

Iakttagelser

Region Örebro läns förtroendevalda revisorer översände ett missiv till regionstyrelsen för granskning av löneprocessen 2021-12-15.

Regionstyrelsen behandlade revisionsgranskningen vid sitt sammanträde 2022-04-07 § 42 och fattade följande beslut: Att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till revisorerna och skickas till Region Örebro läns revisorer.

Av regionstyrelsens yttrande framgår följande:

- Regionstyrelsen instämmer med revisorerna om att det finns ett behov av att en processbeskrivning utarbetas där det även framgår tydliga roll- och ansvarsfördelningar. Detta arbete har påbörjats.
- Arbete med att utveckla, formalisera och systematisera internkontrollarbetet är påbörjat.
- I dagsläget stödjer inte systemet en signering innan lönekörning utan kontroll sker av respektive chef genom så kallad "provlön" alternativt att chefen i efterhand kan kontrollera och signera utanordningslista efter lönekörning. Regionstyrelsen bedömer att frågan behöver utredas ytterligare.
- Ett arbete har påbörjats för att se över vad som ska registreras som reseräkningar och vad som ska hanteras på annat sätt.
- Skattereglerna skall följas och åtgärder vidtas för att så sker.
- I Heroma finns en funktion som har stort värde för chefer i regionen som gör att chef kan välja att massgodkänna till exempel semesterledigheter. Det är ett större värde för chef att kunna godkänna flera frånvaroärenden samtidigt då planeringen tidigare skett på annat sätt och hanteringen i Heroma är den sista delen i processen.
- En kontroll av de behörigheter som finns i systemet som fortfarande är aktuella ska genomföras en gång per år. Övriga typer av loggar skulle vara av mervärde att analysera och om arbetet med detta är försvarbart utifrån resursåtgång och utfall. En behovsanalys och vilka loggar som är aktuella för kontroll, hur och av vem kontrollen ska genomföras samt resursåtgång skall ses över.
- Avdelningen för lön- och pensionsadministration distribuerar årligen, efter sommaren, listor till HR inom respektive förvaltning samt berörda chefer med uppgifter om medarbetare som inte tagit ut semester i tillräcklig omfattning. Tillsammans med listorna bifogas information om semesterlagens krav på att minsta uttag/förläggning av antal semesterdagar. HR per förvaltning följer upp/kontrollerar att tillräckligt antal semesterdagar blir utlagda innan semesterårets utgång.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av styrelsen?

Ja.

Vår granskning visar att revisorernas synpunkter har besvarats av regionstyrelsen. I sitt yttrande besvarar regionstyrelsen samtliga rekommendationer.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 1/3

Iakttagelser

Rekommendation 1: Process- och/ eller rutinbeskrivning

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att ta fram en process- och/eller rutinbeskrivning för regionens löneprocess i alla delar där en tydlig roll- och ansvarsfördelning framgår.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att ett arbete pågår för att utarbeta en processbeskrivning där det även framgår tydliga roll- och ansvarsfördelningar.

Regionen har en checklista för chefer och medarbetare som heter *Rätt lön i rätt tid* (reviderad 2020-11-25) som beskriver arbetsgången för chef och medarbetare för att säkerställa rätt lön i rätt tid. Vid tid för vår granskning hade intranätet gjorts om och därför behöver checklistan ses över för att säkerställa att länkar till rutiner fungerar. Det finns ett årshjul och månadshjul som beskriver löneprocessen där roll- och ansvarsfördelning för löneenheten framgår. Av intervju framgår att årshjulet och månadshjulet har hållits uppdaterade sedan förra revisionen. Vidare har det framgått att det finns processer för alla delar i löneprocessen men inte samlat i ett dokument. På intranätet finns en beskrivning av löneprocessen riktat mot medarbetare och chefer. Av intervju framgår att det finns ett behov av att förtydliga och dokumentera roll- och ansvarsfördelning så att verksamheterna får den informationen.

I regionstyrelsens verksamhetsplan med budget 2023 ingår styrelsens internkontrollplan. En identifierad risk är att lönehantering och löneutbetalningsprocessen inte är helt tillfredsställande och ändamålsenlig. Tillhörande åtgärd till risken är genomgång och kvalitetssäkring av processerna inom lönehanteringsområdet. Vid intervju har det framgått att löneenheten inte är i mål vad gäller arbetet med att ta fram processer för lönehantering.

Rekommendation 2: Internkontrollarbete

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att utveckla, formalisera och systematisera internkontrollarbetet inom löneprocessen där kontrollaktiviteter baseras på en riskbedömning med en tydlig roll- och ansvarsfördelning samt att kontrollaktiviteter följs upp och utvärderas i syfte att säkerställa att de är effektiva.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att arbete med att utveckla, formalisera och systematisera internkontrollarbetet är påbörjat.

Vid intervju framgår att löneenheten nu ägnar mer tid åt kontroller och att nya kontroller har tagits fram. Arbetet sker främst genom "röda bollar" där chefer får en röd boll om en medarbetare exempelvis inte rapporterar in flextid. Löneenheten kontrollerar "röda bollarna" och skickar till berörd chef för hantering. Det finns även en framtagen rutin för detta. Andra exempel på kontroller är att rätt ersättning gått ut i samband med jour och beredskap, kontroll av kostavdrag och kontroll av att inte fasta tillägg utgår vid 100 % frånvaro. Årshjul och månadshjul innehåller även kontroller som genomförs inför och efter varje lönekörning samt löpande under året.

Som beskrivits tidigare är genomgång och kvalitetssäkring av processerna inom lönehanteringsområdet en del av regionstyrelsens internkontrollplan för 2023.

Rekommendation 3: Signering

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att överväga att införa elektronisk signering eller liknande vid chefers kontroll av löneberäkningssumma och utanordningslistor, då detta är en av nyckelkontrollerna i löneprocessen.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att i dagsläget stödjer inte systemet en signering innan lönekörning utan kontroll sker av respektive chef genom så kallad "provlön" alternativt att chefen i efterhand kan kontrollera och signera utanordningslista efter lönekörning. Regionstyrelsen bedömer att frågan behöver utredas ytterligare.

Vid intervju framgår att regionen ska införa ett digitalt system för personalakter som även innehåller en del för signering av bland annat anställningsavtal. Det lönesystem som används nu tillåter inte elektronisk signering. En översyn är planerad av arbetetet med att säkerställande av lön med hjälp av signering med start hösten 2023. Löneenheten ska undersöka om det går att använda det nya systemet för personalakterna för signering eller om någon annan lösning kan användas för att säkerställa att chef har kontrollerat lönen med en signatur.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 2/3

Rekommendation 4: Rutin för hantering av reseräkningar, utlägg och traktamenten

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att säkerställa att det finns en tydlig rutin för hantering av reseräkningar, utlägg och traktamenten inklusive arkivering av räkenskapsmaterial (kvitton m.m.). Av regionstyrelsens yttrande framgår att ett arbete har påbörjats för att se över vad som ska registreras som reseräkningar och vad som ska hanteras på annat sätt.

Vi har tagit del av information från Region Örebro läns intranätssida där information om resor, utlägg och representation finns. Det finns bland annat riktlinje för anställdas resor i tjänsten samt information om traktamente och resetillägg samt utlägg. Vid intervju framgår att en rutin finns ännu inte framtagen men att ett arbete pågår med att ta fram en sådan.

Rekommendation 5: Redovisning av skattepliktiga förmåner

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att säkerställa att redovisningen av skattepliktiga förmåner (i detta fall sjukvårdsförmånen) i arbetsgivardeklarationen görs i enlighet med gällande skatteregler.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att skattereglerna skall följas och åtgärder vidtas för att så sker. Vid intervju framgår att kontroller genomförs av chef. Andra åtgärder som vidtagits är att kvitton för sjukvårdsförmån inte längre kan vara äldre än två månader för då betalas inte ersättning ut. Tidigare ersattes inte kvitton äldre än 12 månader.

Rekommendation 6: Inaktivera att kunna bevilja samtliga poster på en gång

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att utvärdera om funktionaliteten att kunna bevilja samtliga poster på en gång bör inaktiveras i syfte att minimera risken för att chef inte bedömer varje post enskilt.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att i Heroma finns en funktion som har stort värde för chefer i regionen som gör att chef kan välja att bevilja samtliga poster till exempel semesterledigheter. Det beskrivs vara av ett större värde för chef att kunna godkänna flera frånvaroärenden samtidigt då planeringen tidigare skett på annat sätt och hanteringen i Heroma är den sista delen i processen.

Vid intervju framgår att funktionen finns kvar och att chefer främst beviljar samtliga poster för semesterledigheter. Det går även att bevilja samtliga poster för annan frånvaro men det är upp till varje chef att välja vad de vill massgodkänna. Vidare framgår från intervju att Region Örebro län har ett nytt program för schemahantering vilket bedöms kunna bidra till att chefer har större kontroll på att den semester som medarbetare lagt in överensstämmer med beviljat schema för att minska risken för att felaktig semester blir godkänd.

Rekommendation 7: Genomgång och analys av logglistor

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att överväga ifall genomgång och analys av logglistor över förändringar av fasta data i lönesystemet bör ske som ett led i det interna kontrollarbetet.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att en kontroll av de behörigheter som finns i systemet som fortfarande är aktuella ska genomföras en gång per år. Övriga typer av loggar skulle vara av mervärde att analysera och om arbetet med detta är försvarbart utifrån resursåtgång och utfall. En behovsanalys och vilka loggar som är aktuella för kontroll, hur och av vem kontrollen ska genomföras samt resursåtgång skall ses över.

Vid intervju framgår att löneenheten genomför genomgång av loggar i de fall det finns behov av det, då rör det sig isåfall om att gå igenom loggar för enskilda personer eller loggar för ett enskilt ärende. Vidare framgår att löneenheten inte ser ett behov av att genomföra genomgångar av en stor andel loggar för att resursåtgången väger inte upp nyttan av genomgångar utifrån det stora antalet loggar som skapas i Heroma.

Rekommendation 8: Kontroller och uppföljning av uttag av semester

Vid förra granskningen gavs rekommendation till regionstyrelsen att säkerställa att semesterlagen efterlevs genom att införa kontroller och uppföljning av uttag av semester.

Av regionstyrelsens yttrande framgår att avdelningen för lön- och pensionsadministration distribuerar årligen, efter sommaren, listor till HR inom respektive förvaltning samt berörda chefer med uppgifter om medarbetare som inte tagit ut semester i tillräcklig omfattning. Tillsammans med listorna bifogas information om semesterlagens krav på minsta uttag av antal semesterdagar. HR per förvaltning följer upp och kontrollerar att tillräckligt antal semesterdagar blir utlagda innan semesterårets utgång.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats? Sida 3/3

Vid intervju framgår att löneenheten tittar på semester varje månad. Tillräckligt uttag av semesterdagar följs upp efter sommarsemestern, sedan skickas en lista ut till berörda chefer. Berörd chef jobbar sedan vidare med listan. Det är berörd chefs ansvar att säkerställa att personal tar ut semester i enlighet med semesterlagen.

Bedömning

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Delvis.

Vi bedömer att revisorernas synpunkter och förslag delvis har åtgärdats av regionstyrelsen. Det finns kvarstående åtgärdsbehov med att utveckla en process- och/eller rutinbeskrivning för löneprocessen med tillhörande roll- och ansvarsfördelning samt att formalisera internkontrollprocessen med en årlig riskbedömning. Vi bedömer att kvarstående åtgärdsbehov kan fångas upp genom regionstyrelsens arbete med internkontrollplan 2023 där det ingår genomgång och kvalitetssäkring av processerna inom lönehanteringsområdet.

Sammanfattning av rekommendationer och åtgärder återfinns på efterföljande sida.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 1 Ta fram en process- och/ eller rutinbeskrivning för regionens löneprocess i alla delar där en tydlig roll- och ansvarsfördelning framgår.	Rekommendationen är delvis genomförd Löneenheten har ett månadshjul och årshjul där det framgår process för lönekörning varje månad samt vilka moment som ska genomföras under året. Det finns en beskrivning av löneprocessen som är tillgänglig för medarbetare och chefer via intranätet. Vid intervju framgår att det finns ett behov av att förtydliga och dokumentera roll- och ansvarsfördelning så att den finns tillgänglig för verksamheterna.
Rekommendation 2 Utveckla, formalisera och systematisera internkontrollarbetet inom löneprocessen där kontrollaktiviteter baseras på en riskbedömning med en tydlig roll- och ansvarsfördelning samt att kontrollaktiviteter följs upp och utvärderas i syfte att säkerställa att de är effektiva.	Rekommendationen är delvis genomförd Löneenheten har tagit fram en rutin för kontroller av "röda bollar". Årshjul och månadshjul innehåller fasta kontrollaktiviteter. Vi har inte tagit del av någon dokumentation som visar en formaliserad process för internkontrollarbetet som bygger på en årlig riskbedömning. Under 2023 kommer det pågå ett arbete med genomgång och kvalitetssäkring av processerna inom lönehanteringsområdet som en del av regionstyrelsens internkontrollplan för 2023.
Rekommendation 3 Överväg att införa elektronisk signering eller liknande vid chefers kontroll av löneberäkningssumma och utanordningslistor, då detta är en av nyckelkontrollerna i löneprocessen.	Rekommendationen är under utredning I regionens nuvarande lönesystem finns inte möjlighet till digital signering. I *checklistan rätt lön i rätt tid* framgår att chef ska göra kontroll av löneberäkningsresultat ett par dagar innan lönekörning. En översyn planeras med start hösten 2023 för att se över möjligheten att införa digital signering genom exempelvis nya systemet för personalakter.
Rekommendation 4 Säkerställ att det finns en tydlig rutin för hantering av reseräkningar, utlägg och traktamenten inklusive arkivering av räkenskapsmaterial (kvitton m.m.).	Rekommendationen är under genomförande Det finns ingen framtagen rutin men det pågår enligt uppgift från intervju. Vi har inte kunnat verifiera uppgifterna för vi har inte kunnat ta del av ett utkast på rutinen.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
Rekommendation 5 Säkerställ att redovisningen av skattepliktiga förmåner (i detta fall sjukvårdsförmånen) i arbetsgivardeklarationen görs i enlighet med gällande skatteregler.	Rekommendationen är genomförd Vid förra granskningen kunde medarbetare lämna in kvitton för sjukvårdsförmånen upp till 12 månader. Löneenheten har ändrat att kvitton som avser sjukvårdsförmånen endast kan lämnas in inom 2 månader, annars ersätts ej sjukvårdsförmånen. Det är i enlighet med gällande skatteregler.
Rekommendation 6 Utvärdera om funktionaliteten att kunna bevilja samtliga poster på en gång bör inaktiveras i syfte att minimera risken för att chef inte bedömer varje post enskilt.	Rekommendationen är genomförd Regionen har utvärderat om funktionaliteten att kunna bevilja samtliga poster på en gång bör inaktiveras och kommit fram till att funktionaliteten är av stort värde för regionens chefer. Funktionaliteten finns kvar vid tid för vår granskning. Regionens nya schemahanteringsprogram bedöms kunna bidra till att det är enklare för chef att kontrollera att inlagd semester i lönesystemet överensstämmer med beviljad semester.
Rekommendation 7 Överväg ifall genomgång och analys av logglistor över förändringar av fasta data i lönesystemet bör ske som ett led i det interna kontrollarbetet.	Rekommendationen är genomförd Löneenheten har bedömt att nyttan med genomgång och analys av stora andelar logglistor inte överväger resursåtgången. Genomgång av loggar genomförs vid behov för enskilda personer eller i enskilda ärenden. Under 2023 kommer det pågå ett arbete med genomgång och kvalitetssäkring av processerna inom lönehanteringsområdet en del av regionstyrelsens internkontrollplan för 2023.
Rekommendation 8 Säkerställ att semesterlagen efterlevs genom att införa kontroller och uppföljning av uttag av semester.	Rekommendationen är genomförd Löneenheten följer upp semester varje månad och efter sommarsemestern genomförs en uppföljning av uttag av semester. Därefter skickas en lista till berörda chefer som sedan ansvarar för att semester tas ut i enlighet med semesterlagen.

3

Revisionell bedömning

Revisionell bedömning

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en uppföljande granskning av fördjupade granskningar under 2019-2021. Syftet har varit att bedöma om om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

De bedömningar som lämnas utifrån respektive granskning framgår nedan:

- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden *i allt väsentligt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av ambulanssjukvården.
- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden *i allt väsentligt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av systematisk kvalitetsförbättring av patientsäkerhetsarbetet.
- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden *inte helt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.
- Vi bedömer att regionstyrelsen *inte helt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av löneprocessen.

Rekommendationer

- Att hälso- och sjukvårdsnämnden överväger att ange en politisk ambition med mål för ambulanssjukvården. Den politiska ambitionen kan med fördel ingå i den övergripande planen för ambulanssjukvården.
- Att hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att kvarstående rekommendationer som ej eller delvis genomförts avseende granskning av regionens anpassning mot lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster åtgärdas.
- Att regionstyrelsen säkerställer att de rekommendationer som ej eller delvis genomförts från granskning av löneprocessen åtgärdas.

2023-06-14

Rebecka Hansson

Uppdragsledare

Johanna Larsson

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Örebro läns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2023-03-23. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.