



Uppföljning av internkontrollplan - augusti 2023

Ambulans, diagnostik och hälsa
Augusti 2023

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Uppföljning av kontrollmoment	4
2.1	Risk - Olika rutiner för krisledning inom ADH vilket kan skapa otydlighet för medarbetare	4
2.2	Risk - Obehöriga kommer in i regionens lokaler och att SITHS-kort kommer i orätta händer	5
2.3	Risk - Olika ledningssystem inom ADH kan försvåra gemensamt arbetssätt.....	6
2.4	Risk - Brister i hantering av personuppgifter.....	7
2.5	Risk - Verksamheterna arbetar inte systematiskt med risk- och möjlighetsanalys.....	8


1 Sammanfattning

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Drifnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har efter genomförd riskanalys fastställt en internkontrollplan för Ambulans, diagnostik och hälsa gällande verksamhetsåret 2023. Detta dokument är en uppföljning av fastställd internkontrollplan i anslutning till uppföljningsrapport 2. Den interna kontrollplanen för 2023 omfattar totalt fem områden.

Den sammanfattande bedömningen är att det finns en god intern kontroll och att åtgärder vidtas som möter aktuella riskområden utifrån beslutade kontrollmoment.

2 Uppföljning av kontrollmoment

2.1 Risk - Olika rutiner för krisledning inom ADH vilket kan skapa otydlighet för medarbetare

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Känner chefer till vilken krisledning de tillhör? Hur påverkas förvaltningen av att vi har 2 krisledning?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Dialog med urval av chefer. Arbetsgrupp analyserar hantering av tidigare kriser</i></p>	<p>Då förvaltningen inte har en enhetlig och tydlig krisorganisation som är fastställd, förankrad och kommunicerad skapas otydlighet i organisationen hur verksamheter ska agera vid händelser och hur vi ska hantera och kommunicera uppkomna händelser. Det leder till otydlighet kring kontaktvägar och risk att information inte når fram på rätt sätt samt risk för dubbelarbete då det saknas tydlighet i roller och vem som gör vad i krisarbetet.</p> <p>Vid tidigare händelser har krisarbetet letts och hanterats i ordinarie linjestruktur vilket upplevs ha fungerat bra. Arbete med att skapa en gemensam krisorganisation för hela förvaltningen startas upp under hösten.</p> <p> Ej uppfyllt</p>

Åtgärd	
Skapa en krisorganisation för hela förvaltningen	

2.2 Risk - Obehöriga kommer in i regionens lokaler och att SITHS-kort kommer i orätta händer

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Kommer obehöriga in i våra lokaler? Kommer SITHS-kort i orätta händer?</p> <p>Beskrivning av metod Hur många medarbetare som slutar inom ADH har återlämnat SITHS-kort? Göra stickprovskontroll i några verksamheter om det är lätt som obehörig att komma in i lokaler?</p>	<p>En ny rutin infördes i november 2022 där bland annat påminnelser om att lämna tillbaka SITHS-kort kopplades på (SITHS-kort är Region Hallands tjänstelegitimation). Under perioden november 2022 till augusti 2023 var det 25 personer som inte hade lämnat tillbaka sitt SITHS-kort. Efter påminnelse återstod sju ej återlämnade SITHS-kort varvid en avvikelserapport har rapporterats för dessa sju.</p> <p>Avseende uppföljning om det är lätt som obehörig att komma in i våra lokaler ser det olika ut inom förvaltningen. Flera verksamheter är låsta där det endast går att komma in med SITHS-kort. Vissa verksamheter (mottagningar inom Hälsa och funktionsstöd) är öppna mottagningar och tillgängliga dagtid. Dessa låses vid t ex arbetsplatsträffar.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>


Åtgärd	
Se över Rutin anställning upphör	

2.3 Risk - Olika ledningssystem inom ADH kan försvåra gemensamt arbetssätt


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Skiljer sig styrdokument åt mellan HS ledningssystem och ADH rutiner/processer/arbetssätt?</p> <p>Beskrivning av metod Genomgång av rutin verkställighet. Finns skillnader? Vad innebär det om chefer fattar beslut där man inte har rätt att fatta beslut.</p>	<p>De skillnader som konstaterades mellan rutin verkställighet inom Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) kontra Halland sjukhus i samband med uppföljning 1 kvarstår delvis. Vid jämförelse mellan Hallands sjukhus och ADHs rutiner finns det beslut/ansvarsområden som skiljer sig åt. Det gäller exempelvis tilldelningsbeslut vid direktupphandling där endast förvaltningschef inom ADH fattar beslut medan man inom Hallands sjukhus fattar beslut på områdes- och verksamhetschefsnivå. Det kan påverka hanteringen eftersom Medicinsk Teknik Halland (MTH) vid flera tillfällen är involverade för båda förvaltningarna.</p> <p>Samtidigt är förvaltningarna gemensamt ISO-certifierade inom miljö, arbetsmiljö och kvalitet vilket är grunden för gemensamma arbetssätt. Det gäller dock inte alla ADHs verksamheter.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Se över och eventuellt uppdatera Rutin verkställighet ADH	De olika beloppsnivåerna gällande investeringsbeslut har åtgärdats och följer nu samma struktur.
Se över investeringsprocess	En ny investeringsrutin har arbetats fram och beslutades i maj 2023.
Utveckling ledningssystem ADH	Under hösten intensifierar ADH sitt arbete med ledningssystemet vilket omfattar att identifiera gemensamma rutiner som har behov av att anpassas till ADHs verksamhet.

2.4 Risk - Brister i hantering av personuppgifter

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Följer ADHs verksamheter gällande policy, rutiner avseende personuppgiftshantering?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Hur många avvikelser registreras gällande brister i hantering av personuppgifter? Göra stickprovskontroll kring verksamheternas kunskap om personuppgiftshantering.</i></p>	<p>Under 2022 anmäldes 3 st. händelser gällande personuppgiftsincidenter inom förvaltningen och totalt 35 st. inom Region Halland. Under perioden 1 januari – 31 augusti 2023 har Region Halland totalt haft 52 personuppgiftsincidenter och av dessa är det 2 st. som avser Ambulans, diagnostik och hälsa. Ingen av incidenterna har behövt gå vidare till IMY (Integritetsskyddsmyndigheten).</p> <p>Verksamheten upplever att man har erforderlig kunskap kring policy, riktlinjer och rutiner avseende hur medarbetare hanterar personuppgifter och att följsamheten till dessa styrande dokument är god. Automation (Ernst) används för loggkontroller, som ett sätt att se följsamhet vid journalgranskning.</p> <p> Uppfyllt</p>

2.5 Risk - Verksamheterna arbetar inte systematiskt med risk- och möjlighetsanalys

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Arbetar verksamheterna systematiskt med risk- och möjlighetsanalys?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Dialog med några utvalda verksamheter om risk- och möjlighetsanalys genomförs.</i></p>	<p>I samband med uppföljning 1 genomfördes en avstämning med samtliga verksamhetschefer angående systematiskt arbete med risk- och möjlighetsanalys. Resultatet av den uppföljningen visade att verksamheterna inom ADH arbetar systematiskt med risk- och möjlighetsanalyser, med få undantag. Identifierade områden som missas är exempelvis förändring av arbetssätt, personalbrist, mindre förändringar samt fastighetförändringar. Verksamhetscheferna upplever vidare att de har kunskap om riskanalyser. Dock upplever ett fåtal att det är svårt att veta när de ska utföra en riskanalys samt var analysen ska förvaras och hur länge de ska sparas.</p> <p>Funktioner som deltar i riskanalyserna varierar beroende vad för analys som ska göras. Generellt deltar berörd chef, stödfunktion (HR, verksamhetsutvecklare, kvalitetsansvarig mm.), samverkansgrupp alternativt skyddsombud samt representation från berörda medarbetare.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Analys och ev. handlingsplan	