

**Driftnämnden Ambulans, diagnostik
och hälsa**

§43

Uppföljning av internkontrollplan till och med april 2023 DNADH220142

Beslut

Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa beslutar att

- godkänna den första uppföljningen av den interna kontrollplanen 2023.

Ärendet

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en plan för uppföljning av den interna kontrollen. Driftnämndens interna kontrollplan för 2023 har fastställts efter genomförda riskanalyser i det förberedande arbetet. Från förvaltningen föreligger nu den första återrapporteringen när det gäller uppföljning av kontrollerna i nämndens interna kontrollplan 2023.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår driftnämnden besluta att

- godkänna den första uppföljningen av den interna kontrollplanen 2023.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av internkontrollplan - april 2023

Expedieras till

- Regionstyrelsen
- Regionens revisorer för kännedom

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Uppföljning av internkontrollplan – UR1

Ambulans, diagnostik och hälsa
April 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 4	
2.3	Risk - Olika ledningssystem inom ADH kan försvåra gemensamt arbetssätt	5
2.4	Risk - Brister i hantering av personuppgifter	6
2.5	Risk - Verksamheterna arbetar inte systematiskt med risk- och möjlighetsanalys.....	6

1 Sammanfattning

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har efter genomförd riskanalys fastställt en intern kontrollplan för Ambulans, diagnostik och hälsa gällande verksamhetsåret 2023. Detta dokument är en uppföljning av fastställd intern kontrollplan i anslutning till uppföljningsrapport 1. Den interna kontrollplanen för 2023 omfattar fem områden totalt.

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 krisledningar?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Dialog med urval av chefer. Arbetsgrupp analyserar hantering av tidigare kriser</i></p>	<p>Dialog har genomförts med verksamhetschefer.</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. Detta skapar en otydlighet kring hur vi ska hantera och kommunicera uppkomna händelser. Det skapar en otydlighet kring kontaktvägar, finns risk att information inte når fram på rätt sätt och att vi dubbelarbetar. Ej tydlighet i roller och vem som gör vad i krisarbetet.</p> <p>Vid tidigare händelser har krisarbetet letts och hanterats i i ordinarie linjestruktur.</p> <p>Arbete pågår med att skapa en krisorganisation för hela förvaltningen och detta bedöms vara färdigt innan årsskiftet.</p> <p>◆ Delvis 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>Vid uppföljning i Hallandskatalogen (HAK) kan vi endast få fram de personer vars sista post har tagits bort. Det är många gånger så (särskilt inom ambulansen) att personer har flera poster i HAK och om de t.ex. har sin huvudpost (den placering som normalt sett är ansvarig för SITHS-kortet) på ADH och tas bort från den men samtidigt har en annan post på HS (för att de kanske gör timmar där) flyttas huvudposten dit. Därmed hittas dom inte som avslutade. ADH har avslutat 180 poster i HAK och av dessa har vi 18 (10%) som inte återlämnat sitt kort. I övriga vårdförvaltningarna ligger det mellan 14-17% som inte återlämnat sitt kort.</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 HFS) är öppna mottagningar och tillgängliga dagtid. Dessa låses vid t ex APT.</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 <i>Genomgång av rutin verkställighet. Finns skillnader? Vad innebär det om chefer fattar beslut där man inte har rätt att fatta beslut.</i></p>	<p>Det finns skillnader mellan rutin verkställighet inom ADH kontra HS. Det är olika beloppsnivåer för verksamhetschefer gällande investeringsbeslut. I de olika rutinerna finns det beslut/ansvarsområden som endast finns i ADH verkställighetsbeslut. Tilldelningsbeslut vid direktupphandling skiljer sig åt, endast förvaltningschef inom ADH som fattar beslut, kan påverka hantering då MTH är involverad.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Se över och eventuellt uppdatera rutin verkställighet ADH	
Se över investeringsprocess	

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>Frågor ställda till verksamhetschefer avseende om följsamhet till policy, rutiner avseende personuppgiftshantering.</p> <p>Verksamheterna har erforderlig kunskap kring policy, riktlinjer och rutiner avseende hur medarbetare hanterar personuppgifter.</p> <p>Gällande personuppgiftsincidenter anmäldes för 2022, 3 stycken händelser inom förvaltningen. Totalt inom Region Halland anmäldes 35 st 2022. För 2023 har det anmälts 1 händelse inom förvaltningen och totalt 17 inom Region Halland. Ingen av dessa incidenter, varken under 2022 eller 2023 anmäldes till IMY -Integritetsskyddsmyndigheten.</p> <p> Delvis 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><i>Beskrivning av metod</i> <i>Dialog med några utvalda verksamheter om risk- och möjlighetsanalys genomförs.</i></p>	<p>Frågor ställda till verksamhetschefer angående systematiskt arbete med risk- och möjlighetsanalys.</p> <p>Resultatet visar 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 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 alt. skyddsombud samt representation från berörda medarbetare.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Analys och ev. handlingsplan	