

Driftnämnden Ambulans, diagnostik
och hälsa

§5

Beslut om uppföljning av Internkontrollplan år 2023 DNADH220142

Beslut

Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa beslutar att

- godkänna uppföljning av internkontrollplan år 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 sista återrapporteringen när det gäller uppföljning av kontrollerna i nämndens internkontrollplan år 2023.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår driftnämnden besluta att

- godkänna uppföljning av internkontrollplan år 2023.

Beslutsunderlag

- Uppföljning av internkontrollplan ADH år 2023

Expedieras till

- Regionstyrelsen
- Regionens revisorer för kännedom

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Uppföljning av internkontrollplan - helår 2023

Ambulans, diagnostik och hälsa
Helår 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. Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har efter genomförd riskanalys fastställt en internkontrollplan för Ambulans, diagnostik och hälsa gällande verksamhetsåret 2023. 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 krisledningar?</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 men en förvaltningsövergripande krisplan och organisation saknas.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Skapa en krisorganisation för hela förvaltningen	<p>Under hösten har ett arbetsmaterial för en gemensam krisplan tagits fram. Krisplanen innehåller förslag på krisledning och krisstab med namngivna funktioner. Arbetet fortlöper över årsskiftet tillsammans med Hallands sjukhus och säkerhetsavdelningen på regionkontoret.</p> <p>En ny rutin för kontaktvägar inom förvaltningen vid händelser utanför kontorstid är framtagen.</p> <p>Utbildning och övning för krisledning och krisstab är inbokat under våren 2024.</p> <p>Rakel (RAdioKommunikation för Effektiv Ledning) kommer under 2024 att implementeras och vara en del i stärkt kommunikation vid krigshändelser.</p>

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><i>Beskrivning av metod</i> 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>Ny rutin och automatiska påminnelser om att lämna tillbaka SITHS-kort implementerades under året. Trots det identifierades fortfarande ett fåtal kort som inte återlämnats.</p> <p>Under 2023 har en internrevision på regional nivå kopplat till SITHS genomförts. Resultatet visar på flera utmaningar i hanteringen av korten. Inspel från förvaltningarna har lämnats och åtgärdsplan och förbättringsförslag har tagits fram.</p> <p>Stickprovskontroll på ett av sjukhusen genomfördes under hösten. Kontrollen visar att obehöriga i vissa fall kan ta sig in på platser som inte är öppna för allmänheten. Personalrum lämnas i några fall olåsta. Inga frågor om identifiering ställdes vid stickprov i lokaler avsedda för personal med särskild behörighet.</p> <p>🟡 Delvis uppfyllt</p>


Åtgärd	
Se över Rutin anställning upphör	Ingår i åtgärdsförslag från övergripande internrevision (regional rutin).
Stickprovskontroll	Processteam för fysisk säkerhet (Regionkontoret Säkerhetsavdelningen) startas upp under våren 2024. ADH deltar med säkerhetspartner. Resultatet av stickprovskontrollen samt behov av nya rutiner lyfts in i arbetet.

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 i ADH:s och Hallands sjukhus rutiner för verkställighet gällande beslutsnivåer och ansvarsområden. Det gäller exempelvis tilldelningsbeslut vid direktupphandling där endast förvaltningschef inom ADH fattar beslut medan man inom Hallands sjukhus fattar beslut på områdes- och verksamhetschefs nivå. Det kan påverka hanteringen eftersom Medicinsk Teknik Halland (MTH) vid flera tillfällen är involverade för båda förvaltningarna. Båda förvaltningarna, med undantag av Ambulanssjukvård, sjukresor och 1177 på telefon, är ISO-certifierade inom miljö, arbetsmiljö och kvalitet vilket är grunden för gemensamma arbetssätt.</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	Arbetet med att utveckla ledningssystemet och att se över olikheter i rutiner har påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta under 2024. Samtliga verksamheter inom ADH kommer att vara certifierade under 2024.

2.4 Risk - Brister i hantering av personuppgifter

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Följer ADHs verksamheter gällande policy, rutiner avseende personuppgiftshantering?</p> <p><i>Beskrivning av metod</i> <i>Hur många avvikelser registreras gällande brister i hantering av personuppgifter?</i> <i>Göra stickprovskontroll kring verksamheternas kunskap om personuppgiftshantering.</i></p>	<p>Under 2023 har tio avvikelser kopplat till personuppgiftsincidenter registrerats i avvikelssystemet Platina (jämfört med 2 st. 2022). Avvikelsena går till informationssäkerhetsavdelningen som utreder om incidenten ska anmälas till Integritetsmyndigheten (IMY). Fem incidenter har under året skickats vidare till IMY men ingen av dessa har lett till åtgärder.</p> <p>Det handlar om olika typer av avvikelser som beror på den mänskliga faktorn. Åtgärder har genomförts för att undvika liknande händelser. Den ökning som ses jämfört med 2022 kopplas till att medarbetare i organisationen blir allt bättre på att identifiera och anmäla avvikelser. Automation (Ernst) används för loggkontroller, som ett sätt att se följsamhet vid journalgranskning.</p> <p> Uppfyllt</p>

Åtgärd	
<p>Stickprovskontroller kring verksamheternas kunskap om personuppgiftshantering</p>	<p>Stickprovskontrollen visar på att verksamheten upplever att det finns kunskap kring policy, riktlinjer och rutiner avseende personuppgiftshantering och att följsamheten till styrande dokument är god.</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>Genomförd avstämning med samtliga verksamhetschefer visar att verksamheterna arbetar systematiskt med risk- och möjlighetsanalyser, med få undantag. Verksamhetscheferna upplever att de har kunskap om riskanalyser men ett fåtal uppger 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>Vid en extern revision under hösten framkom det brister i riskanalyser för att hantera förändringar. Riskanalyser finns men saknar ofta både hur föreslagna åtgärder hanteras och även uppföljning av resultatet av genomförda åtgärder.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
<p>Analys och ev. handlingsplan</p>	<p>Handlingsplan för att förbättra kunskapen kring riskbedömning har tagits fram och åtgärder kommer att genomföras med under 2024. Det handlar om att kommunicera ny rutin för riskbedömning och göra den känd i organisationen. Där ingår också information om att använda mallen riskanalys så att det ska vara så lätt som möjligt att göra rätt.</p>