

Intern kontroll 2013

Ärendet

I ärendet presenteras den årliga interna kontrollplanen över förvaltningens verksamhet som syftar till att verksamheten drivs enligt fastställda mål och riktlinjer och att resurserna används effektivt och ändamålsenligt.

Internkontroll plan för 2013 innehåller en analys över de identifierade säkerhetsrisker som finns i vår verksamhet och vilka åtgärder som preventivt genomförs för att eliminera dessa risker. Planen innehåller också en beskrivning av de skyddsbarriärer som finns inbyggda i befintliga system vid förvaltningen. Jämfört med tidigare år har kontrollplanen utökats med åtgärder inom stödpersonsverksamheten.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta intern kontrollplan för 2013

Staffan Blom
Förvaltningschef



Bilaga:

1. Intern kontroll för 2013



Intern kontroll 2013

1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande interna kontrollplan. Syftet med denna är att säkerställa att förvaltningens verksamhet bedrivs enligt fastställda mål och riktlinjer och att resurserna används effektivt och ändamålsenligt. I dokumentet beskrivs, analyseras och värderas identifierade risker och en plan för den interna kontrollen 2013 presenteras. Därutöver redovisas förvaltningens arbete enligt föregående års interna kontrollplan.

Riskerna har värderats med avseende på:

1. de konsekvenser bristande kontroll kan medföra. Här används graderingen allvarlig, kännbar, lindrig och försumbar.
2. graden av sannolikhet att den ska inträffa. Här används graderingen sannolik, möjlig, mindre sannolik och osannolik.

Riskerna har värderats och poängberäknats enligt nedanstående modell:

Konsekvens ↓				
Allvarlig	1	2	3	4
Kännbar	1	2	3	3
Lindrig	0	1	2	2
Försumbar	0	0	1	1
Sannolikhet →	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik

Riskvärderingen ligger till grund för prioritering. Hur riskerna värderats redovisas nedan.

2 RISK- OCH VÄSENTLIGHETSANALYS

Två olika typer av risker kan identifieras, de är antingen av ekonomisk art eller relaterade till kvaliteten i förvaltningens arbete. Då verksamheten är reglerad i lag förutsätts att anslag för verksamhetens drift ges. Nämndens verksamhet har liten omslutning, vilket i sig innebär mindre risk för ekonomiska felaktigheter eller oegentligheter samt mindre allvarliga konsekvenser i den händelse något ändå skulle inträffa.

De kvalitetsrisker som kan ses bedöms huvudsakligen vara sekundära till de ekonomiska risker som kan uppstå till följd av öknings i verksamheten eller uppdraget som inte kompenseras ekonomiskt. Förvaltningen har under de senaste åren erfarit öknings inom samtliga verksamhetsområden, d v s såväl när det gäller antalet patientärenden, särskilt de som inkommit skriftligen, och antalet ansökningar om stödperson som efterfrågan på statistik.

Den nya patientsäkerhetslag (2010:659) och de ändringar i lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m m som trädde i kraft 2011-01-01 har medfört ett flertal nya uppdrag för förvaltningen i form av utökade och riktade informationsinsatser mot såväl allmänhet som hälso- och sjukvårdens personal.

Förvaltningens möjligheter att vidta åtgärder för att påverka omfattningen av de olika verksamhetsdelarna är i princip obefintliga.

De risker som redovisas nedan omvärderades i samband med föregående års revidering, varvid ett fåtal förändringar genomfördes. Ytterligare ändringar har inte genomförts.

2.1 Utbetalningar från lönesystemet

Under 2012 förändrades utbetalningen av ersättning till stödpersonerna. Denna hade tidigare utbetalats en gång per kvartal, men från och med maj görs detta månadsvis. Efter denna ändring uppgick nettolönen för kontoret till cirka 710 tkr per månad, varav cirka 535 tkr avsåg löner och 175 tkr ersättning till stödpersonerna.

Risk	Felaktiga utbetalningar från lönesystemet
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.1.1 Rutiner

Utbetalningar godkänns i två steg. Nettolönen godkänns omkring den 20:e varje månad. Vid det tillfället jämförs en banklista i lönesystemet Heroma med en komprimerad lista som upptar alla enheter som använder Heroma. Banklistan upptar nettolönen för varje person som erhåller utbetalning från Heroma samt en summering för samtliga upptagna personer. Den person som godkänner nettolönen kontrollerar att rimliga nettolöner utbetalas per person och jämför även totalbeloppen med tidigare perioder.

Förvaltningschefen går tillsammans med personalhandläggaren igenom utanordningslista och attesterar därefter listan. Denna upptar bruttolön per person och anger även avdrag för olika typer av frånvaro.

2.1.2 Uppföljning 2012

Under 2012 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga utbetalningar från lönesystemet.

2.2 Leverantörsbetalningar

Risken för felaktiga utbetalningar finns men bedöms av flera skäl som liten. Verksamheten är relativt begränsad varför felaktiga utbetalningar uppmärksammas förhållandevis lätt. Omsättningen per år avseende leverantörsbetalningar uppgick 2012 till cirka 4 700 tkr. Av dessa utgjorde interna leverantörer cirka 420 tkr samt lokalhyra 1 900 tkr. Resterande del uppgick således till cirka 2 340 tkr eller cirka 200 tkr per månad.

Förvaltningen följer av landstinget fastställd finanspolicy. Säkerheten i utbetalningssystemet har successivt höjts under de senaste åren, t ex genom att utbetalningsfiler placeras i kataloger i datasystemen som endast utanordnare har tillgång till samt genom att utbetalningsfilerna krypteras under den tid de behandlas. Landstingets bankkontosystem innehåller en spärr så att en utbetalning vid ett visst tillfälle aldrig kan överstiga banksaldo plus beviljad kredit.

Risk	Felaktiga betalningar vid leverantörsfakturor
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för attestering följs
Kontrollfrekvens	Vid varje utbetalning
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.2.1 Rutiner

Fakturor attesteras av förvaltningschefen eller ställföreträdare varefter utbetalning sker via utanordnare hos landstingsstyrelsens förvaltning, Lsf. En tänkbar risk är att fakturor eller betalningar hos förvaltningen eller Lsf under semesterperioder handläggs av personal som är obekant med storleken på verksamheten. Hittills har dock nivån på verksamheten alltid varit låg under sådana perioder. Endast medarbetare som är mycket väl insatta i verksamheten ges attesträtt.

2.2.2 Uppföljning 2012

Under 2012 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga betalningar av leverantörsfakturor.

2.3 Opartiskhet

Risken för opartiskhet bedöms som mycket liten. Förvaltningens personal får inte vara engagerad i verksamhet som nämnden kan ha synpunkter på.

Risk	Opartiskhet som involverar förvaltningens personal
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Osannolik
Kontrollmetod	Kontroll av personalens eventuella bisysslor Kontroll att riktlinjer för engagemang i annan verksamhet följs
Kontrollfrekvens	Vid nyanställning samt minst vartannat år
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.3.1 Rutiner

Information om riktlinjer för bisyssla ges vid nyanställning av personal då också förvaltningens blankett rörande bisyssla fylls i. Information om bisyssla för samtliga personal inhämtas därutöver minst vart annat år. Förvaltningschefen bedömer och beslutar om bisysslan är tillåten.

2.3.2 Uppföljning 2012

Under 2012 har en handläggare nyanstälts. I samband med detta har kontrollerats att denna inte har uppdrag i verksamheter som nämnden kan ha synpunkter på och blankett rörande bisyssla har lämnats.

2.4 Avtal med kommuner och stadsdelar

Patientnämnden har sedan 1992 avtal med länets samtliga kommuner och stadsdelar att sköta den lagstadgade patientnämndsverksamheten för deras hälso- och sjukvård samt den allmänna omvårdnad som ges i samband med denna. Nuvarande avtal omfattar 1 400 tkr per år och löper tills vidare.

Risk	Uppsägning av avtalet
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.4.1 Rutiner

I samband med tidigare förlängningar av avtalet har utvärderingar gjorts. Då båda parter är nöjda med samarbetet bedöms risken att avtalet ska säga upp som mindre sannolik.

2.4.2 Uppföljning 2012

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2012.

2.5 Avtal med Svensk tandhygienistförening

Sedan 2004 handlägger förvaltningen, genom en överenskommelse med Sveriges tandhygienistförening, även ärenden som rör privata tandhygienister verksamma i Stockholms län. Nuvarande avtal löper tills vidare.

Risk	Uppsägning av avtalet
Konsekvens	Lindrig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.5.1 Rutiner

Då tidigare utvärdering visat att båda parter är nöjda med samarbetet bedöms risken för att avtalet sägs upp som mindre sannolik.

2.5.2 Uppföljning 2012

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2012.

2.6 Avtal med privata tandvårdsgivare

Sedan 2011 handlägger förvaltningen, genom en särskild överenskommelse ärenden rörande Distriktstandvården AB. Nuvarande avtal löper tills vidare. Från och med 2013 har förvaltningen också motsvarande överenskommelse med Aqua Dental AB.

Risk	Uppsägning av avtalen
Konsekvens	Lindrig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.6.1 Rutiner

Kontinuerliga kontakter har förekommit med Distriktstandvården AB. Dessa visar att båda parter är nöjda med samarbetet.

2.6.2 Uppföljning 2012

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet med Distriktstandvården AB har inga särskilda åtgärder utöver kontinuerliga kontakter vidtagits under 2012.

2.7 Handläggning av patientärenden

Antalet patientärenden har under de senaste åren uppgått till knappt 5 000 per år. Under 2012 inkom 5 346 ärenden, vilket var en ökning med nio procent. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarigare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats.

I den händelse antalet patientärenden och/eller de skriftliga ärendena ökar utan motsvarande ekonomisk kompensation kommer belastningen på befintlig personal att öka. Följden blir då att handläggningstiderna ökar och att utredningarnas kvalitet minskar. Nämnden kan i en sådan situation även se en risk för försämrad tillgänglighet för allmänheten. Detta skulle sammantaget innebära en förlust för vården som helhet då de personer som kontakter förvaltningen har råkat illa ut och tappat förtroendet för vården. Genom hög tillgänglighet samt professionellt bemötande och hög kvalitet i utredningarna kan förtroendet återställas och en kostbar rundgång i vården undvikas.

En omfattande utveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem har genomförts under 2011 och 2012. Detta har förenklat och rationaliserat handläggningen av patientärenden avsevärt. Risken för ökad belastning på personalen som följd av fortsatt ökning av antalet ärenden kvarstår dock på sikt.

Risk	Fortsatt ökning av antalet patientärenden
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att ärendeutvecklingen följs Kontroll att anmälarnas nöjdhet följs genom en patientenkät minst vart tredje år Kontroll att vårdgivarnas nöjdhet följs genom en vårdgivarenkät minst vart tredje år Kontroll av förvaltningens tillgänglighet
Kontrollfrekvens	Ärendeutvecklingen följs varje månad Tillgängligheten följs upp två gånger årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.7.1 Rutiner

Antalet inkomna ärenden följs kontinuerligt och rapporteras till nämnden vid samtliga sammanträden. Därutöver görs uppföljningar vid varje kvartalsskifte.

Kvaliteten i förvaltningens handläggning följs genom enkäter riktade till anmälare respektive vårdgivare minst vart tredje år. De senaste genomfördes under 2011. Resultaten av enkäterna leder ofta till nya eller förändrade rutiner.

Förvaltningens telefontillgänglighet följs förutom i enkäten riktad till anmälare även vid andra tillfällen genom egenkontroller.

Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.

2.7.2 Uppföljning 2012

För att följa risken för förlängda handläggningstider har antalet inkomna ärenden följts upp varje månad. Även fördelningen av skriftliga- och e-postärenden till handläggare samt varje handläggares pågående ärenden har följts varje månad. Därutöver har en särskild genomgång av skriftliga ärenden som varit öppna mer än ett år genomförts varje månad.

Under våren 2012 genomfördes en särskild uppföljning av förvaltningens telefontillgänglighet. Den visade på en del brister som ledde till ändrad planering av handläggarnas telefonjouurer, vilket medförde en markant förbättring av tillgängligheten.

2.8 Hot och våld

Förvaltningens personal kan utsättas för hot av olika slag, både vid telefonsamtal med missnöjda patienter och när dessa kommer på personliga besök i förvaltningens lokaler. Det har inträffat att patienter ringt handläggarna i bostaden, även nattetid. Våld mot personal har förekommit vid enstaka tillfällen i samband med besök hos förvaltningen.

Hot och våld kan i förlängningen inverka menligt på kvaliteten i verksamheten då det kan leda till att berörd personal mår dåligt psykiskt, och ibland även fysiskt, samt blir sjukskrivna och i slutändan kanske väljer att söka annat arbete, vilket medför förlust av kompetens. Personalen har stor erfarenhet av att möta människor som befinner sig i en krissituation.

Risk	Hot och våld från missnöjda patienter
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för besök och bemötande av hot följs
Kontrollfrekvens	Årligen
Ansvarig	Förvaltningschefen

Uppgifter om personalen kan enligt offentlighetsprincipen lämnas ut, såvida dessa inte av någon anledning är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller bland annat enligt 21 kapitlet 3 § offentlighets- och sekretesslagen för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Landstingsförbundet hemställde 2003 till socialdepartementet att ändring skulle ske så att den då gällande sekretessförordningen skulle utvidgas till att omfatta personaladministrativ verksamhet hos patientnämnderna och att uppgifter om personnummer, hemtelefonnummer och bostadsadress och andra jämförbara uppgifter för stödpersoner inom psykiatri skulle komma att omfattas av samma sekretesskydd som motsvarande uppgifter gör för anställda inom hälso- och sjukvården. En ändring enligt detta förslag skulle öka personalens trygghet. I skrivande stund har inte någon sådan ändring gjorts i nuvarande offentlighets- och sekretessförordning.

2.8.1 Rutiner

För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner rörande besök i förvaltningens lokaler. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskild rutin. Vad gäller ändring i sekretessförordningen rörande uppgifter om personalen har under våren 2012 uppdragits till patientnämndernas nationella nätverk att kontakta Socialdepartementet i frågan.

2.8.2 Uppföljning 2012

Under 2012 har kontrollerats att befintliga rutiner vad gäller mottagande av besökare i förvaltningens lokaler följts. Vid ett par tillfällen har avvikelser rapporterats och behandlats vid förvaltningens möten varvid personalen har påmint om gällande rutiner.

2.9 Ökning av antalet ansökningar om stödperson

Stödpersonsverksamheten regleras av en rättighetslag och är därmed såväl volym- som kostnadsmissigt omöjlig att styra. Nämnden har ingen särskild budget för stödpersonsverksamheten. Kostnaderna för denna tas från landstingsbidraget.

En ökning av stödpersonsverksamheten utan motsvarande ekonomisk kompensation skulle få stora konsekvenser. Eftersom förvaltningen är skyldig att tillhandahålla stödpersoner till dem som så önskar måste såväl ekonomiska som handläggarresurser under dessa omständigheter

överförs från övrig verksamhet, vilket skulle innebära krympande utrymme för patientärenden och förebyggande arbete.

Under de senaste åren har antalet ansökningar om stödpersoner ökat kraftigt samtidigt som allt fler tidigare förordnanden kvarstått på grund av långa vårdtider. En minskning under 2010 medförde kontakter med samtliga chefer i verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård, vilket ledde till en markant ökning av antalet ansökningar under 2011 då 206 stödpersoner förordnades. Samma antal förordnades under 2012. Vid utgången av 2012 hade 139 patienter stödperson, vilket var något färre än vid föregående årsskifte.

Risk	Ökning av antalet ansökningar om stödperson
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att utvecklingen följs Kontroll av handläggningstid vid nya förordnanden
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

2.9.1 Rutiner

Kontinuerlig uppföljning av antalet inkomna ansökningar om stödperson och handläggningstid när nya stödpersoner förordnas.

2.9.2 Uppföljning 2012

Under 2012 har såväl antalet ansökningar om stödperson som handläggningstiden vid nya förordnanden följts kontinuerligt.

2.10 Onödiga kostnader för stödpersonsverksamheten

Vården är enligt lag skyldig att anmäla till patientnämndens förvaltning när en tvångsvårdad patient önskar stödperson. Förordnade stödpersoner ersätts med arvode respektive kostnadsersättning omfattande totalt 1 500 kr per månad. Uppdraget pågår så länge patienten är tvångsvårdad och kan förlängas med fyra veckor därefter.

Vården är skyldig att informera patientnämndens förvaltning när tvångsvården upphör. Om detta inte kommer till förvaltningens kännedom avslutas inte förordnandet och utbetalningarna till stödpersonen fortsätter. I många fall har tvångsvården övergått till frivillig vård, vilket stödpersonerna inte informerats om.

Risk	Utebliven information om när tvångsvården för patienter som har stödperson upphör.
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Rapporter från stödpersonen
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Ansvarig handläggare

2.10.1 Rutiner

Förvaltningen har i enlighet med ett principärende i oktober 2011, där problemet med bristande information rörande avslutad tvångsvård lyftes till vårdgivarna på en övergripande nivå, utarbetat nya rutiner för hantering av ärenden där vården inte har informerat om att tvångsvården upphört och detta medfört kostnader för ersättning för stödpersonen utöver tiden för tvångsvård inklusive fyra veckors förlängning.

Dessa innebär att förvaltningen dokumenterar händelsen i en avvikelserapport. Därefter sänder förvaltningschefen en särskild skrivelse till sjukvårdsdirekören vid Stockholms läns sjukvårdsområde med en kopia av denna samt faktura avseende överskjutande kostnader.

2.10.2 Uppföljning 2011

Samtliga avvikelser rörande utebliven information till förvaltningen har hanterats enligt rutinen.

2.11 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag

Den absoluta majoriteten av stödpersonerna sköter sina uppdrag oklanderligt. I några fall har det dock förekommit att man inte besökt sin patient enligt befintliga riktlinjer.

Risk	Stödpersoner underlåter att ha kontakt med patienter enligt befintliga riktlinjer
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Rapporter från stödpersonen
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Ansvarig handläggare

2.11.1 Rutiner

I samband med den kvalitetssäkring av stödpersonsverksamheten som genomfördes under 2011 och 2012 infördes nya rutiner som innebär att stödpersonerna varje månad rapporterar sina kontakter med patienterna. Ersättning utbetalas endast efter att rapporten inkommit till och godkänts av förvaltningen. Om rapport uteblir tar handläggaren kontakt med stödpersonen.

I de fall det framkommer att stödpersonen utan giltigt skäl har underlåtit att fullgöra sitt uppdrag avslutas förordnandet.

2.11.2 Uppföljning 2012

De nya rutinerna har medfört att flera stödpersonsuppdrag avslutats.

2.12 Informationssäkerhet – sekretess/konfidentialitet

I samband med handläggning av patient- och stödpersonsärenden registreras personuppgifter i förvaltningens statistikprogram. Dessa är sekretessbelagda och lämnas, till skillnad från övriga uppgifter rörande t ex vilken vårdgivare som avses och vilka synpunkter som framförs, aldrig ut.

Risk	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Osannolik
Kontrollmetod	Avvikelsesrapportering
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.12.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Lösenord till personalens datorer byts efter 60 dagar.
- Samtliga datorer är försedda med lösenordsskyddade skärmläckare.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.
- När arbetsrummet lämnas ska dörren låsas.
- Förvaltningens server finns i ett eget låst rum. Under kontorstid krävs en särskild nyckel till serverrummet, utanför kontorstid krävs två olika nycklar
- Förvaltningens lokaler är låsta. För besökare sker inpassering via en reception som kontaktar personal innan besökaren ges tillträde.
- Personalen har genomgått Stockholms läns landstings datorbaserade utbildning i informationssäkerhet (DISA).
- Förvaltningen har under 2011 förberett införandet av e-tjänstekort, som beräknas träda i funktion under våren 2012.
- För att kunna följa vilka som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet infördes under 2011 en loggningsfunktion.

2.12.2 Uppföljning 2012

Uppföljning har skett genom avvikelsesrapportering. Nyanställda genomgick landstingets DISA-utbildning i samband med sin introduktion. Loggningslistorna följs regelbundet, all personal kontrolleras en till två gånger per år.

2.13 Informationssäkerhet - registrering i förvaltningens databas

Eftersom de uppgifter som samlas i förvaltningens databas utgör underlag för kvalitetsarbete hos enskilda vårdgivare är det angeläget att uppgifterna är riktiga, samt att handläggarna bedömer och registrerar enskilda ärenden på ett likartat sätt.

Risk	Felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att utbildning och uppföljning av registrering genomförs samt avvikelserapportering
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.13.1 Rutiner

Regelbunden uppföljning av bedömning och registrering.

2.13.2 Uppföljning 2012

Uppföljning av registreringen sker varje månad. Då kontrolleras att den är såväl fullständig som riktig. Under året har särskilda uppföljningsrapporter utvecklats. Dessa anger när en uppgift saknas eller är felaktigt registrerad.

För att kontrollera att registreringen av ärenden sker på ett likartat sätt genomfördes under 2012 en övning där samtlig personal i olika grupper bedömde samma ärenden.

2.14 Informationssäkerhet - bevarande av data i förvaltningens databas

I förvaltningens databas finns värdefulla uppgifter rörande länets hälso- och sjukvård samt tandvård. Som framkommit ovan utgör dessa underlag för vårdens kvalitetsarbete.

Risk	Uppgifter som registrerats i förvaltningens databas förloras
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Kontroll att backuprutiner följs
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.14.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Såväl viruskontroll som uppdatering av viruskyddet sker automatiskt.
- Förvaltningen har rutiner för hantering av backuptagning och återläsning. För att minimera förlust av data vid eventuella problem med server/hårdvara görs säkerhetskopiering

varje natt. Band byts dagligen av IT-ansvarig. Vid dennes frånvaro delegeras uppgiften till medarbetare som är väl förtrogna med förfaringssättet.

- Återläsning av data från band sker regelbundet för att kontrollera att inläsningen fungerat och kan återanvändas.

2.14.2 Uppföljning 2012

Avvikelse rörande detta redovisas i nämndens handlingsplan för informationssäkerhet och IT. Återläsning görs av it-support enligt checklista vid regelbundna besök var fjärde till sjätte vecka. Inga problem med virussyddet har rapporterats av SLL-it.

2.15 Kompetensförsörjning

Då en viss livserfarenhet krävs hos personalen för att de ska kunna ge adekvata råd och stöd till dem som kontaktar förvaltningen är medelåldern bland de anställda högre än i vården som helhet. Detta medför att flera medarbetare kommer att avgå med pension de närmaste åren.

Risk	Kompetensförlust vid pensionsavgångar
Konsekvens	Kännbar
Sannolikhet	Sannolik
Kontrollmetod	Kontroll att rutiner för nyrekrytering följs
Kontrollfrekvens	Vid personalomsättning
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.15.1 Rutiner

För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutiner, fastställda i nämndens jämställdhets- och mångfaldsplan som anger att nyrekryteringar ska inriktas på yngre personer. Samtliga som rekryterats de senaste åren har varit yngre än genomsnittsåldern för personalen som helhet, i ett par fall avsevärt yngre.

2.15.2 Uppföljning 2012

Under 2012 rekryterades en handläggare som ersättning för en anställd som slutade sin tjänst.

3 UPPFÖLJNING 2012

Enligt föregående års interna kontrollplan har förvaltningen, som framgått ovan, under 2012 följt upp och kontrollerat identifierade risker. Ytterligare åtgärder har enligt nämndens bedömning inte behövt vidtas.

Sju av de 15 ovan redovisade riskerna följs upp varje månad (2.1, 2.2, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11 och 2.13), övriga följs upp med glesare mellanrum och/eller vid behov.

4 ÅTGÄRDSPLAN 2013

Hur de identifierade riskerna värderats framgår av nedanstående diagram.

Konsekvens ↓				
Allvarlig	Prioritetsnivå 1 Mål: 2.3, 2.12	Prioritetsnivå 2 Mål: 2.2, 2.11, 2.13	Prioritetsnivå 3 Mål: 2.8, 2.10, 2.14	Prioritetsnivå 4 Mål: 2.7, 2.9
Kännbar	Prioritetsnivå 1	Prioritetsnivå 2 Mål: 2.1, 2.4	Prioritetsnivå 3	Prioritetsnivå 3 Mål: 2.15
Lindrig	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 1 Mål: 2.5, 2.6	Prioritetsnivå 2	Prioritetsnivå 2
Försumbar	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 0	Prioritetsnivå 1	Prioritetsnivå 1
Sannolikhet →	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik

4.1 Prioritetsnivå 4

Två risker (2,7 och 2,9) uppnår det högsta värdet. Dessa avser ökade antal inkomna patientärenden respektive ansökningar om stödperson. Båda kan få allvarliga konsekvenser för kvaliteten i förvaltningens arbete. Utvecklingen kommer att följas mycket noga.

4.2 Prioritetsnivå 3

Av de fyra risker som uppnår värdet 3 avser en hot och våld (2.8). Här har förvaltningen rutiner för att förebygga våld vid besök i de egna lokalerna samt för hur verbala hot ska bemötas och hanteras. Dessa kommer att följas upp.

En risk avser onödiga kostnader för stödpersonsverksamheten (2.10) som uppstår då vården underlåter att informera förvaltningen när tvångsvård upphör. Här finns rutiner rörande avvikelshantering som kommer att följas upp.

En risk är relaterad till förvaltningens ärendedatabas och avser bevarandet av registrerade data (2.14). Här finns rutiner vars efterlevnad kommer att kontrolleras.

En risk avser kompetensförlust vid kommande pensionsavgångar (2.15) och grundar sig på att personalens genomsnittliga ålder är relativt hög. Efterlevnaden av befintliga rutiner kommer att kontrolleras.

4.3 Prioritetsnivå 2

Fem risker uppnår värde 2. För två av dessa, utbetalningar från lönesystemet (2.1) och leverantörsbetalningar (2.2) finns tydliga rutiner, varför inga åtgärder utöver uppföljning och kontroll erfordras. En risk avser uppsägning av avtal med kommuner och stadsdelar (2.4). Inte heller här bedöms annan åtgärd än uppföljning av avtalet och kontroll att så sker vara nödvändig.

En risk avser stödpersoner som mottar ersättning trots att de underlåter att fullfölja sina uppdrag enligt befintliga riktlinjer ((2.11). De rutiner som införts under 2012 och som kopplar utbetalningen av ersättningen till en rapport över kontakterna med patienten torde vara tillräckliga.

En risk avser felaktig eller bristfällig registrering i förvaltningens databas (2.13). Detta följs dock upp kontinuerligt.

4.4 Prioritetsnivå 1

Slutligen återstår fyra risker värderade till nivå 1. För kontroll av personalens opartiskhet (2.3) finns tydliga rutiner, varför ingen ytterligare åtgärd än kontroll av att dessa följs bedöms behövas. Risken för uppsägning av avtalen med Svensk tandhygienistförening (2.5) respektive övriga privata tandvårdsgivare (2.6) har värderats till denna nivå med hänsyn till att verksamheten är liten. Avtalen följs upp och kontroll att så görs sker. Även för sekretess vid databehandling (2.12) finns tydliga rutiner som kommer att följas upp och kontrolleras.

4.5 Åtgärder 2013

Som framgår ovan kommer förvaltningen under 2012 att kontrollera de ovan redovisade riskerna enligt vad som angetts i avsnitt 2. Rapportering till nämnden kommer att ske senast vid sammanträde i början av 2014. Med anledning av nämndens verksamhet och uppdrag bedöms detta vara tillfyllest.