

Intern kontrollplan 2015

Ärendet

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

Internkontroll plan 2015 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.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta att

- anta intern kontrollplan för 2015

Staffan Blom
Förvaltningschef



Intern kontroll 2015

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 2015 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 ökning av verksamheten eller förändring av uppdraget som inte kompenseras ekonomiskt. Förvaltningen har under de senaste åren erfarit ökning inom samtliga verksamhetsområden, d v s såväl antalet patientärenden som antalet ansökningar om stödperson.

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.

2.1 Utbetalningar från lönesystemet

Utbetalning av arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna sker varje månad. Nettolönen för kontoret har under 2014 uppgått till cirka 800 tkr per månad, varav cirka 520 tkr avsåg löner och 280 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 upp-tar 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 2014

Under 2014 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 2014 till cirka 5 000 tkr. Av dessa utgjorde interna leverantörer cirka 490 tkr och lokalhyra drygt 2 000 tkr. Resterande del uppgick således till cirka 2 500 tkr eller cirka 2100 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 2014

Under 2014 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 2014

Under 2014 har en handläggare och en administratör nyanställts. I samband med detta har kontrollerats att de inte har uppdrag i verksamheter som nämnden kan ha synpunkter på och

blankett rörande bisyssla har lämnats. Vid den senaste kontrollen, i januari 2014, besvarade samtlig personal frågor om bisyssla, varvid det framkom att ingen hade någon bisyssla som bedömdes som olämplig.

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 1 410 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 2014

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2014.

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 2014

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2014.

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 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 och Aqua Dental AB. Dessa visar att samtliga är nöjda med samarbetet.

2.6.2 Uppföljning 2014

Eftersom samtliga parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder utöver kontinuerliga kontakter vidtagits under 2014.

2.7 Ökning av antalet patientärenden

Antalet patientärenden ökar kontinuerligt och har under de senaste åren uppgått till drygt 5 000 per år. Under 2014 inkom 6 033 ärenden, vilket var en ökning med 11 procent. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarigare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats. Under 2014 ökade de med 11 procent jämfört med 2013.

I den händelse antalet patientärenden och/eller de skriftliga ärendena ökar utan motsvarande ekonomisk kompensation som möjliggör nyanställningar 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 kontaktar 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 de senaste åren och ytterligare åtgärder kommer att vidtas under 2015. 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.

Ytterligare en risk för ökning av antalet patientärenden har tillkommit under 2014. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en promemoria till Socialdepartementet framfört öns-

kemål om att i större utsträckning än vad som för närvarande är fallet, få överlämna klagomål till berörd patientnämnd eller vårdgivare för åtgärd. Statskontoret har i en delrapport framfört liknande förslag på åtgärder. För närvarande pågår en utredning rörande detta. Utredarens förslag väntas i slutet av 2015. Nämnden finner det troligt att en förändring kommer att ske. Detta skulle med all sannolikhet innebära ett kraftigt ökat inflöde av ärenden, vilket medför att ytterligare handläggare behöver anställas.

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
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.7.1 Rutiner

Antalet inkomna ärenden följs kontinuerligt och rapporteras till nämnden. Särskilda uppföljningar görs vid varje kvartalsskifte.

Kvaliteten i förvaltningens handläggning följs genom enkäterundersökningar riktade till anmälare i skriftliga ärenden respektive vårdgivare minst vart tredje år. Förvaltningens telefon-tillgänglighet följs förutom i enkäten riktad till anmälare även vid andra tillfällen genom egenkontroller och telefonintervjuer med uppringande. En särskild kontroll av telefontillgängligheten planeras till hösten 2015.

Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.

Förvaltningen följer noga utvecklingen gällande IVOs förslag till ändring i patientsäkerhetslagen.

2.7.2 Uppföljning 2014

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 görs en särskild genomgång av skriftliga ärenden som varit öppna mer än ett år varje månad.

Den enkät som riktades till anmälare i skriftliga ärenden under hösten 2013 sammanställdes under våren 2014 och visade genomgående goda resultat. Rapporten bifogas som bilaga 1.

Förvaltningens senaste telefonenkät för mätning av telefontillgängligheten genomfördes under hösten 2013 och omfattade drygt 400 uppringande personer. Undersökningen visade att telefontillgängligheten var god, 98 procent av de tillfrågade ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få kontakt med förvaltningen. 61 procent fick kontakt utan någon som helst väntetid, inom två minuter hade 92 procent fått kontakt och inom fyra minuter hade 96 procent fått det.

Med anledning av det goda resultatet bedömdes motsvarande undersökning under 2014 inte behövas.

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

2.8.1 Rutiner

För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner rörande besök i förvaltningens lokaler. Dessa har aktualiserats och uppdaterats under 2014. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskild rutin. Uppgifter om personalens bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är sedan september 2013 enligt offentlighets- och sekretessförordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården och IVO.

2.8.2 Uppföljning 2014

Under 2014 har kontrollerats att befintliga rutiner vad gäller mottagande av besökare i förvaltningens lokaler följts. Vid något tillfälle 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 överföras från övrig verksamhet, vilket skulle innebära krympande utrymme för patientärenden och förebyggande arbete.

Antalet ansökningar om stödperson har minskat i perioder. Förvaltningen har uppfattat att detta orsakats av att patienter inte fått information om denna rättighet. Efter upprepade kon-

takter med samtliga chefer i verksamheter som bedriver tvångsvård har ansökningarna ökat dramatiskt. Förvaltningen har även gjort landstingsrevisionen uppmärksam på den bristande informationen till patienterna. Sammantaget har detta lett till att förvaltningen under de senaste två åren mottagit ett kraftigt ökat antal ansökningar om att få stödperson. Under 2013 ökade antalet förordnanden med 46 procent jämfört med 2012. Under 2014 genomfördes 378 förordnanden, vilket var 25 procent fler än föregående år.

Eftersom patienter som önskar stödperson alltid har rätt att få detta måste resurser för denna del av verksamheten alltid prioriteras, vilket under 2014 har lett till att resurser har måst överföras från annan verksamhet, varvid resurserna för handläggning av patientärenden har minskat i samma utsträckning.

Risk	Fortsatt 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 2014

Under 2014 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. I många fall övergår tvångsvården till frivillig vård, vilket stödpersonerna inte informerats om och därför även fortsättningsvis begär ersättning.

I en del fall kan det, på olika sätt, komma till förvaltningens kännedom att tvångsvården har upphört utan att vården informerat om detta.

Risk	Utebliven information om när tvångsvården för patienter som har stödperson upphör.
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Möjlig
Kontrollmetod	Månadsrapporter från stödpersonen samt kontakter med vården vid misstanke om att information uteblivit.

Kontrollfrekvens	Varje månad samt kontinuerligt.
Ansvarig	Handläggare av stödpersonsverksamheten.

2.10.1 Rutiner

För att få ersättning rapporterar stödpersonerna varje månad till förvaltningen, där aktiviteter-
na tillsammans med patienten redovisas. I den händelse ingen rapport kommer tas kontakt
med stödpersonen. Om det visar sig att stödpersonen inte haft någon kontakt på grund av att
tvångsvården upphört, och vården inte informerat förvaltningen om detta, tas kontakt med
vården.

Kontakt med vården tas även när handläggaren tror att tvångsvård kan ha upphört utan att
förvaltningen informerats. Om så är fallet och detta inneburit onödiga kostnader för förvalt-
ningen hanteras detta enligt nedan.

Förvaltningen har i enlighet med ett principärende i oktober 2011, där problemet med bris-
tande 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 tvångs-
vården upphört och detta medfört kostnader för ersättning för stödpersonen utöver tiden för
tvångsvård inklusive fyra veckors förlängning.

I dessa fall dokumenterar förvaltningen händelsen i en avvikelserapport. Därefter sänder för-
valtningschefen en särskild skrivelse till sjukvårdsdirekören vid Stockholms läns sjukvårds-
område med en kopia av denna samt faktura avseende överskjutande kostnader.

2.10.2 Uppföljning 2014

Vid ett par tillfällen har det framkommit att tvångsvården upphört utan att förvaltningen in-
formerats. Detta har i samtliga fall hanterats enligt ovanstående rutin.

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 befint- liga riktlinjer
Konsekvens	Allvarlig
Sannolikhet	Mindre sannolik
Kontrollmetod	Rapporter från stödpersonen
Kontrollfrekvens	Varje månad
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.11.1 Rutiner

I samband med den kvalitetssäkring av stödpersonsverksamheten som genomförts under de
senaste åren 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 och ny stödperson förordnas.

2.11.2 Uppföljning 2014

Under året har ett par stödpersonsförordnanden avslutats på grund av att stödpersonen visat sig olämplig för uppdraget.

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	Avvikelse rapportering
Kontrollfrekvens	Kontinuerligt
Ansvarig	Förvaltningschefen

2.12.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara dokumentskåp.
- Dörren låses när arbetsrummet lämnas.
- 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. Personalen använder tag för att passera. 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 följer genom en loggningsfunktion vilka av de anställda som tagit del av sekretessuppgifter i ärendehanteringssystemet.

2.12.2 Uppföljning 2014

Uppföljning har skett genom avvikelse rapportering. Samtlig personal har genomgått landstingets DISA-utbildning. Loggningslistorna följs regelbundet, all personal kontrolleras två till tre 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 2014

Uppföljning av registreringen sker varje månad. Då kontrolleras att den är såväl fullständig som korrekt. Ärendedatabasen innehåller särskilda uppföljningsrapporter som anger när en uppgift saknas eller är felaktigt registrerad.

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

2.14.2 Uppföljning 2014

Avvikelser 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 virusskyddet 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. 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 2014

Under våren 2014 anställdes en handläggare på en nyinrättad tjänst och en administratör på en vakant tjänst. En av dessa var yngre än genomsnittet för samtliga anställda, den andra var väl insatt i verksamheten och återanställdes efter ett par års frånvaro. Genom en verksamhetsförändring har en kommunikatörstjänst, inklusive medel för denna, överförts från LSF.

3 UPPFÖLJNING AV RISKER 2014

Förvaltningen hade, enligt den så kallade trafikljusmodellen, under 2014 enbart gröna risker.

Enligt föregående års interna kontrollplan har förvaltningen, som framgått ovan, under 2014 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 2015

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 och ytterligare resurser behöver tillföras på sikt. 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 avvikelsehantering 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 infördes 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 2015

Som framgår ovan kommer förvaltningen under 2015 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 2016. Med anledning av nämndens verksamhet och uppdrag bedöms detta vara tillfyllest.