

## **Intern kontrollplan 2016**

### **Ärendet**

I ärendet föreligger 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.

Planen innehåller en analys av identifierade säkerhetsrisker och vilka åtgärder som kommer att vidtas för att förebygga dessa. Därutöver redovisas de åtgärder som vidtagits under 2015.

### **Förslag till beslut**

Nämnden föreslås besluta att

- anta intern kontrollplan för 2016

Eva Ljung  
Förvaltningschef

Bilaga

Intern kontrollplan 2016



# Intern kontroll 2016

## 1 BAKGRUND

Patientnämnden har utarbetat föreliggande interna kontrollplan. Syftet med denna är att säkerställa att förvaltningens verksamhet bedrivs enligt såväl de lagar som styr verksamheten som fastställda mål och riktlinjer samt att resurserna används effektivt och ändamålsenligt. I dokumentet beskrivs, analyseras och värderas identifierade risker och en plan för den interna kontrollen 2016 presenteras. Därutöver redovisas förvaltningens arbete enligt föregående års interna kontrollplan.

Riskerna har värderats avseende:

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

Tre olika typer av risker kan identifieras, de kan vara av ekonomisk eller förtroendeskadlig 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 förändring av uppdraget som inte kompenseras ekonomiskt. Under de senaste åren har antalet patientärenden ökat successivt. Antalet ansökningar om stödperson ökade fram till 2014 men har minskat något under 2015.

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.

Förtroendeskadliga risker kan till exempel uppstå om anställda har olämpliga bisysslor.

### **2.1 Utbetalningar från lönesystemet**

Utöver lön till de anställda sker betalning av arvode och kostnadsersättning till stödpersonerna sker varje månad. Nettolönen för kontoret har under 2015 uppgått till cirka 880 tkr per månad, varav cirka 550 tkr avsäg löner och 330 tkr ersättning till stödpersonerna.

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

#### 2.1.1 Rutiner

Utbetalningar till förvaltningens anställda, förtroendevalda och stödpersoner 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.

Personalhandläggaren går igenom och kontrollerar utanordningslistan. Denna upptar bruttolön per person och anger även avdrag för olika typer av frånvaro.

#### 2.1.2 Uppföljning 2015

Under 2015 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga utbetalningar från lönesystemet. Felaktiga poster har förekommit på utanordningslistan. Dessa har i samtliga fall upptäckts och korrigerats före utbetalning.

### **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. Omställningen per år avseende leverantörsbetalningar uppgick 2015 till cirka 5 000 tkr. Av dessa utgjorde interna leverantörer cirka 750 tkr och lokalhyra cirka 2 200 tkr. Resterande del uppgick således till cirka 2 100 tkr eller cirka 175 tkr per månad.

Förvaltningen följer av landstinget fastställd finanspolicy. Säkerheten i utbetalningssystemet garanteras 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.

<b>Risk</b>	Felaktiga betalningar vid leverantörsfakturor
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Mindre sannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Kontroll att rutiner för attestering följs
<b>Kontrollfrekvens</b>	Vid varje utbetalning
<b>Ansvarig</b>	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 2015

Under 2015 har kontrollerats att ovanstående rutiner följts inför samtliga betalningar av leverantörsfakturor. Inga avvikelser har noterats.

## 2.3 Opartiskhet

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

<b>Risk</b>	Opartiskhet som involverar förvaltningens personal
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Osannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Kontroll av personalens eventuella bisysslor Kontroll att riktlinjer för engagemang i annan verksamhet följs
<b>Kontrollfrekvens</b>	Vid nyanställning samt minst vartannat år
<b>Ansvarig</b>	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 årligen vid medarbetarsamtal. Förvaltningschefen bedömer och beslutar om bisysslan är tillåten.

### 2.3.2 Uppföljning 2015

Under 2015 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 1 800 tkr per år och löper tills vidare.

<b>Risk</b>	Uppsägning av avtalet
<b>Konsekvens</b>	Kännbar
<b>Sannolikhet</b>	Mindre sannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Kontroll att avtalsuppföljning och återrapportering sker
<b>Kontrollfrekvens</b>	Årligen
<b>Ansvarig</b>	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 2015

Eftersom båda parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder vidtagits under 2015.

### 2.5 *Avtal med privata tandvårdsgivare*

Förvaltningen handlägger genom särskilda överenskommelser ärenden rörande de privata tandvårdsverksamheterna Distriktstandvården AB och Aqua Dental AB.

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

#### 2.5.1 Rutiner

Kontinuerliga kontakter har förekommit med Distriktstandvården AB och Aqua Dental AB. Dessa visar att samtliga är nöjda med samarbetet.

#### 2.5.2 Uppföljning 2015

Eftersom samtliga parter är nöjda med samarbetet har inga särskilda åtgärder utöver kontinuerliga kontakter vidtagits under 2015.

### 2.6 *Konsekvenser av fortsatt ökning av antalet patientärenden*

Antalet patientärenden ökar kontinuerligt och har under de senaste åren uppgått till drygt 5 000 per år. Under 2014 inkom 6 030 ärenden, vilket var en ökning med 11 procent. Denna ökning har fortsatt under 2015, då 6 949 ärenden inkom, vilket var en ytterligare ökning med 15 procent. Sedan 2005 har de skriftliga ärendena, som vanligtvis är av allvarigare karaktär och kräver större utredningsresurser än övriga ärenden, mer än fördubblats. Under 2015 inkom 2 116 skriftliga ärenden.

Då ekonomiska resurser inte tillförts i tillräcklig utsträckning för att möjliggöra tillräckliga nyanställningar har ökningen av antalet patientärenden och de skriftliga ärendena medfört en ökad belastning på befintlig personal och att prioriteringar måste göras inom verksamheten. Det senare har lett till att lagstadgade informationsinsatser gentemot vården och allmänhet/patienter minskat successivt i antal. Ett par nyanställningar har gjorts de senaste åren,

dessa kompenserar dock endast delvis för den faktiska ärendeökningen. Medarbetarundersökningar har visat på brister i den psykosociala arbetsmiljön, vilket beskrivs närmare i punkt 2.10.

Det ökade antalet ärenden leder också till att handläggningstiderna ökar och att utredningarnas kvalitet kan minska. Nämnden kan i en sådan situation även se en risk för försämrad tillgänglighet för allmänheten. Detta skulle sammantaget innebära en förlust för värden som helhet då de personer som kontaktar förvaltningen har råkat illa ut och tappat förtroendet för värden. Genom hög tillgänglighet och professionellt bemötande samt hög kvalitet i utredningarna kan förtroendet återställas och en kostbar rundgång i värden undvikas.

Ytterligare en risk för ökning av antalet patientärenden tillkom under 2014. Med all sannolikhet kommer klagomålsutredningen att leda till ett kraftigt ökat inflöde av ärenden då Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommer att hänvisa ärenden till patientnämnden.

I samband med detta har föreslagits från staten att medel för tre tjänster överförs från IVO till landstinget för handläggning av det ökade antalet patientnämndsärenden.

<b>Risk</b>	Fortsatt ökning av antalet patientärenden
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Sannolik
<b>Kontrollmetod</b>	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 Kontroll att riskerna beskrivs i ekonomiska dokument
<b>Kontrollfrekvens</b>	Ärendeutvecklingen följs varje månad
<b>Ansvarig</b>	Förvaltningschefen

#### 2.6.1 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.

Handläggningstiderna i skriftliga ärenden följs varje månad.

Förvaltningen följer noga klagomålsutredningen förslag till ändring i patientsäkerhetslagen.

#### 2.6.2 Uppföljning 2015

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.

Under 2015 har inga enkäter till anmälare eller vårdgivare genomförts. Enkäter planeras till 2016 respektive 2017.

Telefontillgängligheten har inte följts upp under 2015, vilket beror på att förvaltningen under slutet av året fått ett nytt telefonsystem som möjliggör uppföljningar direkt från systemet, vilket kommer att göras under 2016.

Behovet av ytterligare resurser för handläggning av det ökande antalet ärenden har tagits upp i samtliga ekonomiska dokument under 2015.

## **2.7 Konsekvenser av 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, vilket får konsekvenser för övriga verksamhetsdelar.

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 innebär krympande utrymme för patientärenden och förebyggande arbete samt ökad belastning på befintlig personal.

Antalet ansökningar om stödperson har ökat under de senaste åren, men minskat under 2015. Enligt förvaltningens tidigare erfarenheter har detta orsakas av att patienter inte fått information om denna rättighet. Vid tidigare perioder med ett minskat antal ansökningar om stödperson har förvaltningen kontaktat samtliga chefer i verksamheter som bedriver tvångsvård, vilket lett till dramatiska öknings. Förnyade kontakter med verksamhetschefer planeras under 2016.

Förvaltningen har tidigare gjort landstingsrevisionen uppmärksam på den bristande informationen till patienterna.

<b>Risk</b>	Fortsatt ökning av antalet ansökningar om stödperson
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Sannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Kontroll att utvecklingen följs Kontroll av handläggningstid vid nya förordnanden
<b>Kontrollfrekvens</b>	Varje månad
<b>Ansvarig</b>	Förvaltningschefen och ansvarig handläggare

### 2.7.1 Rutiner

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

### 2.7.2 Uppföljning 2015

Under 2015 har såväl antalet ansökningar om stödperson som handläggningstiden vid nya förordnanden följts kontinuerligt. I ett fåtal fall har stödpersoner inte kunnat förordnas inom den tid som anges i förvaltningens kvalitetsmål, det vill säga inom tre dagar för patienter som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och inom sju arbetsdagar för personer som isoleras enligt smittskyddslagen. För patienter som tvångsvårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ska det i normalfallet ske senast inom sju arbetsdagar efter att domen vunnit laga kraft. Detta har huvudsakligen berott på att det varit svårt att hitta stödperson som passar den aktuella patienten. I några fall har arbetsbelastningen på handläggarna medfört fördröjningar.

## 2.8 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.

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

### 2.8.1 Rutiner

I samband med att en stödperson förordnas för en patient lämnas information om hur kontakterna med patienten bör utformas. Stödpersonen rapporterar varje månad sina kontakter med patienten till förvaltningen. 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.

### 2.8.2 Uppföljning 2015

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

## 2.9 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.

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

### 2.9.1 Rutiner

För att förebygga hot och våld finns detaljerade skriftliga rutiner, bland annat rörande användning av larm vid besök i förvaltningens lokaler. Hur verbala hot ska bemötas och hanteras har fastställts i en särskild rutin. Uppgifter om personalens bostadsadress, hemtelefonnummer, personnummer och andra jämförbara uppgifter är enligt offentlighets- och sekre-



tessförordningen skyddade på samma sätt som motsvarande uppgifter rörande anställda inom hälso- och sjukvården samt IVO.

### 2.9.2 Uppföljning 2015

Under 2015 har kontrollerats att befintliga rutiner vad gäller mottagande av besökare i förvaltningens lokaler följts. Inga avvikelser har noterats.

### 2.10 Ansträngd psykosocial arbetsmiljö

Medarbetarundersökningar har under en följd av år visat på brister i den sociala arbetsmiljön. Ett samband med den ökande belastningen på personalen kan inte uteslutas, varför förvaltningen ser allvarligt på den fortsatta utvecklingen. Arbete för att tydliggöra arbetsbelastningen på individnivå har inletts under 2015. Under 2016 kommer arbete med att införa styrkort, på såväl övergripande som individnivå att inledas, i syfte att förbättra den organisatoriska arbetsmiljön.

För att i någon mån kompensera för den ökade arbetsbelastningen har en omfattande utveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem genomförts under de senaste åren. Detta har bidragit till att förenkla och rationalisera handläggningen av patientärenden. Risken för ökad belastning på personalen som följd av en fortsatt ökning av antalet ärenden kvarstår dock.

<b>Risk</b>	Personalen far illa av den ökande belastningen
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Sannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Samtal med medarbetarna
<b>Kontrollfrekvens</b>	Varannan månad
<b>Ansvarig</b>	Förvaltningschefen

#### 2.10.1 Rutiner

Den psykosociala arbetsmiljön följs i de årliga medarbetarundersökningarna. Förvaltningschefen följer de enskilda medarbetarna vid samtal varannan månad. Under 2016 kommer ett samarbete med FeelGood att inledas för att offensivt arbeta med den sociala arbetsmiljön.

#### 2.10.2 Uppföljning 2015

Denna risk är införd i den interna kontrollplanen inför 2016, varför ingen uppföljning gjorts under 2015.

### 2.11 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.

<b>Risk</b>	Obehöriga får tillgång till sekretessbelagda uppgifter
<b>Konsekvens</b>	Allvarlig
<b>Sannolikhet</b>	Osannolik
<b>Kontrollmetod</b>	Avvikelseberättelse
<b>Kontrollfrekvens</b>	Kontinuerligt
<b>Ansvarig</b>	Förvaltningschefen

### 2.11.1 Rutiner

Kontrollsystemet innebär uppföljning av förvaltningens skyddsåtgärder enligt nedan:

- Samtlig personal använder e-tjänstekort för inloggning i sina datorer.
- Sekretessbelagda dokument förvaras i läsbara 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 besökare 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.

### 2.11.2 Uppföljning 2015

Uppföljning har skett genom avvikelserapportering. Loggningslistorna följs regelbundet, all personal kontrolleras två till tre gånger per år.

## 2.12 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.

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

### 2.12.1 Rutiner

Regelbunden uppföljning av bedömning och registrering.

### 2.12.2 Uppföljning 2015

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. Därutöver görs manuella kontroller.

### 2.13 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.

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

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

#### 2.13.2 Uppföljning 2015

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.

### 2.14 Kompetensförsörjning

Medelåldern bland de anställda är högre än i vården som helhet. Detta medför att ett par medarbetare kommer att avgå med pension de närmaste åren.

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

#### 2.14.1 Rutiner

För att förebygga framtida förlust av kompetens finns rutiner för prioritering vid nyanställning. Samtliga som rekryterats de senaste åren har varit yngre än genomsnittsåldern för personalen som helhet, i ett par fall avsevärt yngre.

#### 2.14.2 Uppföljning 2015

Under våren 2015 anställdes en handläggare på en nyinrättad tjänst och en administratör som vikarie på en vakant tjänst. Förvaltningen har inte, vid dessa eller tidigare anställningar, haft svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Genom en verksamhetsföränd-

ring har en kommunikatorstjänst, inklusive medel för denna, under hösten 2014 överförs från LSF.

### 3 UPPFÖLJNING AV RISKER 2015

Förvaltningen hade, enligt den så kallade trafikljusmodellen, under 2015 enbart gröna risker.

Enligt föregående års interna kontrollplan har förvaltningen, som framgått ovan, under 2015 följt upp och kontrollerat identifierade risker. Ytterligare åtgärder har enligt nämndens bedömning inte behövt vidtas.

### 4 ÅTGÄRDSPLAN 2016

Hur de identifierade riskerna värderats framgår av nedanstående diagram.

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

#### 4.1 Prioritetsnivå 4

Tre risker (2.6, 2.7 och 2.10) uppnår det högsta värdet. Dessa avser ökade antal inkomna patientärenden respektive ansökningar om stödperson samt ansträngd psykosocial arbetsmiljö. Samtliga kan få allvarliga konsekvenser för kvaliteten i förvaltningens arbete och ytterligare resurser behöver tillföras på sikt. Åtgärder för att förbättra arbetsmiljön planeras under 2016. Utvecklingen kommer att följas mycket noga.

#### 4.2 Prioritetsnivå 3

Tre risker uppnår värdet 3. En avser hot och våld (2.9). 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 är relaterad till förvaltningens ärendedatabas och avser bevarandet av registrerade data (2.13). Här finns rutiner vars efterlevnad kommer att kontrolleras.

En risk avser kompetensförlust vid kommande pensionsavgångar (2.14) och grundar sig på att personalens genomsnittliga ålder är relativt hög. Efterlevnaden av befintliga rutiner för nyrekrytering 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 (2.8). 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 (2.12). Detta följs upp kontinuerligt.

#### **4.4 Prioritetsnivå 1**

Slutligen återstår tre 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 privata tandvårdsgivare (2.5) 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 (2.11) finns tydliga rutiner som kommer att följas upp och kontrolleras.

#### **4.5 Åtgärder 2016**

Som framgår ovan kommer förvaltningen under 2015 att kontrollera de ovan redovisade riskerna enligt vad som angetts i avsnitt 2. Sex av de 14 ovan redovisade riskerna följs upp varje månad (2.1, 2.2, 2.6, 2.7, 2.8 och 2.12), övriga följs upp med glesare mellanrum och/eller vid behov.

Rapportering till nämnden kommer att ske senast vid sammanträde i början av 2017. Med anledning av nämndens verksamhet och uppdrag bedöms detta vara tillfyllest.