

**Bilaga regionens
årsredovisning 2021**

**Uppföljning
Regionstyrelsens
internkontrollplan 2021**

Bakgrund

Syftet med intern kontroll är att främja en fungerande ledning av Region Norrbottens verksamhet genom att förebygga och hantera risker, dra fördelar av möjligheter och starka sidor, kontinuerligt utveckla verksamheten samt utvärdera verksamhetens resultat. Intern kontroll är en del av regionens verksamhets- och ekonomistyrning.

Internkontrollarbetet ska säkerställa att följande uppnås:

1. Fastställda mål i budget och verksamhetsplan uppfylls.
2. Tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m. följs på ett tillfredsställande sätt.
3. Verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv med väl dokumenterade system och rutiner för styrning.
4. Rättvisande redovisning, tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten.
5. Skydd mot förluster eller förstörelse av tillgångar.
6. Eliminering eller upptäckt av allvarliga fel.
7. Ge underlag för kontinuerliga förbättringar.

Egenkontrollen i de operativa verksamheterna är grundstenen i den interna kontrollen. Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt lagar, förordningar, regler, riktlinjer, anvisningar och rutiner.

Kontrollmoment ska byggas in i de ordinarie verksamhetsprocesserna, antingen via manuella rutiner eller systemstöd. Inventering av styrdokument är också en del av det löpande internkontrollarbetet.

Styrelse/nämnd beslutar dessutom om ett antal kontrollmoment som ska verkställas under året. Dessa samlas i årliga internkontrollplaner. Kontrollmomenten kan vara preventiva eller utgöras av efterhandskontroller och vara resultat- eller rutinorienterade.

Nedan redovisas en uppföljning av de regionövergripande internkontrollmoment som regionstyrelsen beslutat om i december 2020. I uppföljningen redovisas resultaten av genomförda internkontrollmoment samt de eventuella förbättringsåtgärder som vidtagits eller planeras.

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella Åtgärder/ förändringar |
|--|---|---|---|
| Avtalsförvaltning | <p>Kontrollen har genomförts genom att kontrollera om:</p> <p>Den årliga planen för stickprovskontroll följs upp av Upphandling och inköp.</p> <p>Grundläggande avtalsförvaltning sker.</p> <p>Att en plan för avtalsuppföljning för avancerade avtal tas fram vid varje upphandlingstillfälle.</p> | <p>Resultatet visar att:</p> <p>Ja, Den årliga planen för stickprovskontroll följs upp</p> <p>Grundläggande avtalsförvaltning sker delvis</p> <p>Ja, en plan för avtalsuppföljning för avancerade avtal tas fram vid varje upphandlingstillfälle.</p> | <p>Efter ”Omställningen” har Upphandling och inköp organiserats om och tjänsterna ”Avtalsförvaltare” har tillförts i enheten. Syftet är att skärpa Regionens sätt att förvalta, bevaka och kontrollera avtalen löpande under hela avtalsperioden.</p> |
| Genomförande av handlingsplaner för förbättra resultat i beställning Vårdval Primärvård | Uppföljning av handlingsplaner | Inga handlingsplaner upprättades i närsjukvården under 2020, varför kontroll av genomförande inte gått att utföra | - |

Uppföljning av genomförda kontrollmoment 2021

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|---|--|---|
| Revisionsintervall i beställning allmän barn- och ungdomstandvård. | Rapporter från IT stödet symfoni visar hur många barn per klinik som kliniken inte har skickat in vådrapport för i tid. Om barnet inte får en inskickad vådrapport avlistas barnet efter tre månader. | Resultatet visar att vid rapportsdatum 2022-01-27 fanns det 1 407(ca 3 procent) barn med 0 eller färre dagar kvar till slutdatumet hos folktandvården. Hos privata vårdgivare var det 5 barn (ca 0,2 procent). Folktandvården har inte rapporterat några avvikelser. | Att vi fortsätter att följa utvecklingen gällande revisionsintervallet. Folktandvården rapporterar om dom av någon anledning inte kan följa revisionsintervall på vissa kliniker. |
| Leasingavtal | Kartläggning av regionens leasingavtal | Registergenomgång av leverantörsreskontran för att identifiera samtliga leasingkontrakt kommer att genomföras under tertial 1 2022 | Analysen kommer ge oss samlad information om operationella och funktionella leasingavtal vilket kan innebära förändringar i redovisningen av leasing. |
| Fakturering patientavgifter | Kontroll att personal som bokar besök samt kassapersonal har fått utbildning/information i att registrera i försystem | Patientkontoret har genomfört utbildning för samtliga sjukhus. | Uppföljningsrapport över värdereglering och avskrivna kundfordringar görs under 2022 |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|---|---|---|
| <p>Arbetsmiljöansvar - Att cheferna skriver under arbetsmiljödelegationen och samtidigt ges kompetens och vetenskap om vad det innebär.</p> | <p>Samtliga arbetsmiljödelegationer på regionen har setts över, för att säkerställa att kraven som ställs på respektive chef, stämmer överens med vad delegationen innebär.</p> | <p>Arbetsmiljödelegationerna behövde viss justering, vilket är genomfört.</p> <p>WebbSAM – Utbildning i arbetsmiljö har uppdaterats och erbjuds till chefer som en första arbetsmiljöutbildning.</p> <p>BAS-Utbildningar har genomförts under året digitalt, med jämn spridning under året.</p> | <p>Fördjupningsutbildning i BAS- ska erbjudas till chefer med bland annat fördjupning inom Organisatorisk arbetsmiljö och riskbedömningar.</p> <p>Regionen har inte haft möjlighet att upphandla system för kontroll och uppföljning av utbildningar generellt, men fortsätter att planera för genomförande av detta.</p> <p>Att denna internkontrollpunkt följs upp i det ordinarie arbetet härnäst.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|--|--|---|
| <p>Arbetsmiljö - Föreskrift för systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS) genomsyrar det systematiska arbetsmiljöarbetet</p> | <p>Chefer behöver förutsättningar och stöd i att bedriva arbetsmiljöarbete. Lätt att hitta information. En översyn har genomförts för arbetsmiljö och hälsa på Insidan. Ansvariga har sett över vilken information som finns på insidan.</p> <p>AFS- har följts upp divisionsvis genom att verksamhetschefer fått svara på de frågor som finns i arbetsmiljöverkets frågesammanställning och svarat på hur väl de anser att regionen uppfyller kraven.</p> | <p>Resultatet visade att vi behövde förenkla informationen på Insidan, vilket har gjorts i flera steg.</p> <p>Regionen behövde också förenkla användandet av interna riskbedömningar, till ett gemensamt dokument.</p> | <p>Förslag är att under 2022 se över årshjulet för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Att tydliggöra vad som är skall och bör samt uppdatera gällande APT - material.</p> <p>Med ovanstående åtgärder, anses att internkontrollen ingår i den årliga SAM-uppföljningen. Förebyggande och främjande aktiviteter kan återupptas när normalläge efter pandemi uppstår.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--------------------------|--|---|---|
| <p>Bisysslor</p> | <p>Kontrollen har genomförts genom:</p> <p>jämförelse av diarieförda bisysslor mot bolagsverkets uppgifter</p> <p>undersökning där regionens medarbetare fick svara på ett intygande om de hade bisyssla eller ej</p> <p>gå igenom anvisningen och övrig information kopplat till bisyssla</p> | <p>Majoriteten av de anmälda bisysslorna visar att de varken är förtroendeskadliga, arbetshindrande eller konkurrerande men att ett 10-tal behöver följas upp djupare årligen. Cirka 90 procent av de uppgifter som vi får vid inhämtande av bolagsverkets uppgifter är inte aktuell information för oss som arbetsgivare (exempelvis medlemmar i vägföreningar, bostadsrättsföreningar etc)</p> <p>Den genomförda undersökningen fick hög svarsfrekvens med 5 358 svar, vilket var cirka 75 procent av alla anställda i regionen. Av dessa svarade 830 att de har en bisyssla men det fanns endast 143 diarieförda bisysslor. Detta innebar att det var 687 bisysslor (83 procent) som inte var diarieförda och som ansvarig chef fick i uppgift att kontrollera, besluta samt skicka in för diarieföring.</p> <p>Anvisningen behövde viss justering, arbetet är påbörjat. Informationen gällande bisyssla på Insidan och i övriga material är uppdaterat.</p> | <p>Godkänna den reviderade versionen av tillämpningsanvisningen för bisyssla. Genomföra ny undersökning till regionens medarbetare på intygande om de har bisyssla eller ej samt jämföra med antalet diarieförda.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|--|---|---|
| <p>Hot, hat mot förtroendevalda</p> | <p>Området som kontrollerats är vilken aktivering som skett av åtgärder i trygghetspaketet för förtroendevalda.</p> <p>Kontrollen har genomförts genom att gå igenom dokumentation för 2021, samt föra samtal med föregående säkerhetschef inom Region Norrbotten.</p> | <p>Resultatet visar att det internt inom regionen genomförts två förebyggande riskbedömningar under 2021. Den ena genomfördes i samband med att fullmäktige hölls på annan plats utanför regionhuset. Riskbedömningen syftade till att bedöma säkerhetsrisker i den alternativa lokalen. Den andra genomfördes i syfte att riskbedöma kommande risker inför valåret 2022. Den senare visar att det finns ett utbildningsbehov av de förtroendevalda för att säkerställa kunskaper i säkerhetsarbete, på framförallt individnivå, för att säkerställa att trygghetsåtgärder vidtas vid händelser. Utbildning och trygghetsmätning är planerad i början av 2022 för att åtgärda den konstaterade bristen samt säkerställa kunskaper.</p> <p>Utöver ovan riskbedömningar har inga aktiveringar av trygghetspaket behövt genomföras av Region Norrbottens säkerhetsenhet under året 2021.</p> | <p>Säkerställa ett genomförande av de redan inplanerade aktiviteterna trygghetsmätning samt utbildning för förtroendevalda.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|--|--|---|
| <p>Säkerhetsområdet Strålsäkerhet avseende huruvida:</p> <p>Mandat för säkerhetsområdesföreträdare är tillräckligt och ändamålsenligt.</p> <p>Rätt bemanning och kompetens finns för uppdrag. Denna kontrollpunkt avser kompetens för alla berörda medarbetare som berörs av Strålsäkerhetslagstiftningen.</p> | <p>Kontrollen har genomförts genom självskattning utförd av FO Strålsäkerhet</p> | <p>Resultatet visar att:</p> <p>Mandatet för säkerhetsområdesföreträdare Strålsäkerhet har stärkts avsevärt genom förtydligande i Regionens Chefsfysikers uppdrag. Dock hänvisar uppdragsbeskrivningen till dokumentet Verkställighetsbeslut och avtalstecknande som ännu inte uppdaterats med mandat för samtliga Säkerhetsområdesföreträdare.</p> <p>arbetet med att införa en kompetensmodul i Regionens HR-system som möjliggör uppföljning av samtliga medarbetares formella- och reella kompetens pågår. Beslut om införande finns och HR-avdelningen driver frågan.</p> | <p>Ang pkt 1.1 föreslås att Regionens nya regionjurist får i uppdrag att se över de uppdateringar av dokumentet Verkställighetsbeslut och avtalstecknande som avtalats med tidigare regionjurist.</p> <p>Ang pkt 1.2 föreslås att avvakta införande av kompetensmodulen så att dess tillämpbarhet kan utvärderas.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|---|--|--|
| <p>Säkerhetsområde miljö säkerhet – Kemikaliehantering</p> <p>huruvida</p> <p>Region Norrbotten hanterar kemikalier på ett säkert- och lagenligt sätt.</p> <p>Information, kemikaliehanteringssystem, kemikaliesamordnare samt styrande dokument finns.</p> <p>Att inte regionens kemikaliarbete resulterar i en otrygg arbetsmiljö, skador på medarbetare samt föreläggande med förbud att bedriva verksamhet och/eller vite.</p> | <p>Kemikaliehanteringssystem. Resurs i form av kemikaliesamordnare.</p> <p>Kontroll sker årligen återkommande enligt lagkrav, föreslaget första kvartalet varje år. Miljösäkerhetsfunktionen följer upp tillsammans med kemikaliesamordnaren.</p> | <p>Resultatet visar att:</p> <p>Region Norrbotten hanterar inte kemikalier på ett säkert- och lagenligt sätt.</p> <p>Information, kemikaliehanteringssystem, kemikaliesamordnare samt styrande dokument saknas.</p> <p>Regionens kemikaliarbete kan resultera i en otrygg arbetsmiljö, skador på medarbetare samt föreläggande med förbud att bedriva verksamhet och/eller vite.</p> | <p>En anvisning för hantering av kemikalier är framtagen tillsammans med rollfördelningar - beslut för anvisningen är tagen av ledningen.</p> <p>Resurser krävs för att arbetet ska kunna genomföras enligt lag, kemikaliesamordnare anlitas för att bygga upp hanteringssystem, ge support till verksamheterna i samband med inventeringen samt analys- och implementering av åtgärder.</p> <p>Avsätta tid för verksamheten för att arbeta med kemikaliehanteringen på ett systematiskt och strukturerat sätt.</p> <p>Utbildning och information till medarbetarna om hur regionens kemikalier ska hanteras.</p> <p>Kontroll/uppföljning sker via kemikaliehanteringssystemet och stickprov i verksamheten.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|--|--|---|
| <p>Säkerhetsområde miljö säkerhet – systematiskt miljöarbete</p> <p>huruvida:</p> <p>Styrande dokument är kända och tillämpas av verksamheterna.</p> <p>Informationen har nått fram till berörda. Enkelt för verksamheten att hitta styrande dokument.</p> <p>Efterlevnad av styrande anvisningar och rutiner. Miljöarbetet bedrivs på ett systematiskt sätt.</p> | <p>Information på webben och nyhetsbrev samt APT material för verksamheterna att jobba med. Miljö säkerhetsfunktionen följer upp tillsammans verksamheterna.</p> | <p>Resultatet visar att:</p> <p>Styrande dokument är inte kända eller tillämpas inte av verksamheterna</p> <p>Informationen har inte nått fram till berörda. Svårt för verksamheten att hitta styrande dokument.</p> <p>Bristande efterlevnad av styrande anvisningar och rutiner. Miljöarbetet bedrivs inte på ett systematiskt sätt.</p> | <p>Information till medarbetarna om vart styrande anvisningar och rutiner finns genom bättre samarbete med kommunikationsavdelningen, information på miljösidan samt information på verksamhetens APT möten av miljösamordnaren.</p> <p>Under 2022 kommer ett APT material med checklista att färdigställas för arbete med miljöfrågor i verksamheterna.</p> <p>Under första kvartalet 2022 kommer en Hållbarhetsstrategi att tas fram av utsedd arbetsgrupp på uppdrag av Regionledningen.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|---|--|---|
| <p>Förutsättningarna för patientsäkerhet i läkemedelshandlingen och läkemedelsförsörjningen.</p> | <p>Kontroll av läkemedelshandlingen har genomförts genom en kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen i en begränsad del av sjukvården (primärvården) under hösten 2021. Kvalitetsgranskningen ska, enligt 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), följa upp och ge förutsättningar för att patientsäker hantering av läkemedel i sjukvården. Kvalitetsgranskningen ska genomföras en gång per år av extern part, dvs inte vårdenhetens egen personal. Kvalitetsgranskningen under 2021 genomfördes digitalt i form av en enkät som länets hälsocentraler/vårdcentraler fick fylla i.</p> | <p>Resultatet från kvalitetsgranskningen av läkemedelshandling är i skrivande stund under utvärdering. Redan nu kan konstateras att digital kvalitetsgranskning i enkätform inte är tillräckligt för att uppfylla 4 kap. 3 HSLF-FS 2017:37. Enkät utgör ett komplement men för att uppfylla kravet på extern granskning och ge förutsättningar för hög patientsäkerhet behövs extern granskningspersonal på plats på utvalda enheter. När rapporten av årets kvalitetsgranskning är sammanställd kommer den att utgöra underlag för ett beslut i Kunskapsstyrningsrådet om hur regionen ska genomföra extern kvalitetsgranskning framgent.</p> | <p>Läkemedelshandling: Kunskapsstyrningsrådet får under våren ett beslutsunderlag med förslag på hur regionen ska genomföra extern kvalitetsgranskning under 2022 och framåt.</p> <p>Läkemedelsförsörjning: Fortsatt utvärdering och på sikt framtagande av förslag för hur regionens läkemedelsförsörjning ska hanteras under 2024 och framåt. Förslag till lösning av administrativa ekonomiska processer sätts i drift under våren 2022. Kunskapsstyrningsrådet tar, under våren 2022, ställning till en rapport som kommer innehålla åtgärdsförslag för att säkra läkemedelstillverkningen.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Förutsättningarna för patientsäkerhet i läkemedelshandlingen och läkemedelsförsörjningen, forts</p> | <p>Kontroll av läkemedelsförsörjningen genomförs månatligen av regionens funktionsområde läkemedel, i form av uppföljning av ekonomiska parametrar. Patientsäkerheten följs upp kvartalsvis via statistik på leveransbrister, avvikelser och incidenter, både inom sjukhusapoteksföretaget och regionens verksamheter. Kopplat till statistikuppföljning har regionen och sjukhusapoteksföretaget uppföljningsmöten inom ramen för lokal arbetsgrupp (LAG) läkemedelsförsörjning.</p> <p>enl. gällande föreskrifter samt avvikelserapportering.</p> | <p>Resultatet från kontroll av läkemedelsförsörjningen visar på en förbättrad säkerhet och effektivitet under 2021. Dock återstår en del olösta problem med ekonomiska administrativa processer hos sjukhusapoteksföretaget. Under sommaren har regionen haft stora problem med renrummen för läkemedelstillverkning på sjukhusapoteket Sunderby sjukhus. Lokalerna, fläktsystemet och tillverkningsbänkarna är snart uttjänta och kommer då inte att kunna garantera säkerheten i läkemedelstillverkningen. Därför har ett analysarbete startat i december med målet att ta fram åtgärdsförslag för att säkra läkemedelstillverkningen.</p> | |
|--|---|--|--|

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|---|---|---|
| <p>Följsamhet till den styrande anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete.</p> | <p>Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har följts upp i regionens patientsäkerhetsberättelse för 2021 och en specifik uppföljning av allvarlig vårdskada</p> <p>Anvisningen för systematik patientsäkerhetsarbete följs upp och kontrolleras i regionens patientsäkerhetsberättelse som enligt patientsäkerhetslagen ska upprättas varje år. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §). I patientsäkerhetsberättelsen ska det gå att bedöma hur arbetet med att systematiskt patientsäkerhetsarbetet har bedrivits.</p> | <p>Resultatet visar att följsamheten till anvisningen för området allvarlig vårdskada i genomsnitt ligger på 59 procent. Generellt över år ses en förbättrad kvalitet på dokumentationen. Alla granskade avvikelser var riskbedömda och de avvikelser som utreddes hade alla utredningen bifogad. I beskrivningarna och handlingar var involverade personer avidentifierade nästan till 100 procent.</p> <p>Brister identifierades inom följande områden:</p> <p>Brister finns i att informera verksamhetschef om inträffad allvarlig vårdskada (64 procent).</p> | <p>Åtgärdsförslag relaterade till sammanställningen av 2021 år systematiska patientsäkerhetsarbete finns redovisade i patientsäkerhetsberättelsen för Region Norrbotten 20221.</p> <p>Åtgärdsförslag till den specifika interkontrollen finns redovisade nedan.</p> <p>Öka kunskapen om styrande lagkrav och gällande riktlinjer för systematiskt patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i organisationen med specifikt fokus på utbildning/fortbildning av chefer, medicinskt ledningsansvariga, patientsäkerhetsansvariga, utvecklingssjuksköterskor och nyanställda.</p> <p>Utbildningsinsatser med särskild inriktning på</p> <p>Korrekt hantering av misstänkt allvarliga händelser/avvikelser och hur man kan använda ledningssystemet som stöd i arbetet.</p> <p>Korrekt utredningsförfarande vid misstänkt allvarliga händelser i vården</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Följsamhet till den styrande anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete, forts</p> | <p>Den del av anvisningen som specifikt följdes upp 2021 var handläggningen av allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada avses ”Vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (SFS 2010:659)”. Från avvikelshanteringssystemet togs alla avvikelser ut som bedömts som allvarlig vårdskada där konsekvens för patienten var dödfall. Avvikelserna granskades utifrån följande delar tagna från anvisningen.</p> <p>Riskbedömning, där allvarlighetsgraden och upprepningsekvensens bedöms enligt riskmatris.</p> <p>Allvarliga vårdskador ska rapporteras till verksamhetschefen för beslut om vidare åtgärder/utredning och om ärendet ska gå till Chefläkare med lex Maria ansvar för bedömning om lex Maria.</p> <p>I beskrivning av händelseförloppet tänk på att skriva så att inblandade personer inte går att identifiera.</p> <p>Verksamhetschef ansvarar för att berörd patient/närstående informeras och involveras i utredningen.</p> | <p>Chefläkare med lex Maria ansvar blir inte kontaktad för att göra en bedömning om lex Maria anmälan ska göras (45 procent).</p> <p>Brister i informationsskyldigheten i att informera närstående om inträffad händelse och att utredning kommer att göras (30 procent).</p> <p>Utredning/händelseanalys genomförs inte i den utsträckning som lagar/föreskrifter beskriver (33 procent).</p> <p>Brister i dokumentation av uppföljningen av handlingsplanen (0 procent)</p> | <p>Skyldigheten att informera och engagera patienter och anhöriga i utredningar av allvarliga händelser i vården</p> <p>Vikten av att genomföra relevanta åtgärder i den handlingsplan som upprättats vid utredning av allvarlig händelse för att förebygga att liknande händelse inträffar igen</p> <p>Vikten av återkoppling av händelse och åtgärder till berörd arbetsgrupp för kunskapsspridning</p> <p>Säkerställa att stående punkt Patientsäkerhet finns på APT på arbetsplatsen för kunskapsspridning om vikten av att skriva avvikelser, hur man gör rent praktiskt, hur avvikelser handläggs och återkoppling av genomförda utredningar och sammanställningar.</p> |
|--|--|---|---|

| | <p>Åtgärdsplan/handlingsplan med förslag på åtgärder kopplade till bakomliggande orsaker som är effektiva och förhindrar/förebygger att patient drabbas av vårdskada.</p> <p>Åtgärdsplan/handlingsplan ska följas upp.</p> <p>Händelseanalysen bifogas avvikelsen.</p> | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
| Brandsäkerhet | Kontroll av rutiner för rapportering till ledningen om brandskydd och riskreducerande åtgärder. Kontrollen har genomförts genom att se över befintliga rapporteringsvägar för delar inom brandsäkerhet och värdera vad som är av vikt att ledningen ska få kännedom om. | Resultatet visar att det sedan tidigare finns brister i rapportering av brandincidenter till ledningen med anledning av att möjligheter till uppföljning inte funnits. Det har saknats definition och uppföljning av allvarliga brandtillbud samt händelseanalyser kring dessa. | Påbörjat arbete med definitioner och ansvarsfördelning rekommenderas fortsätta enligt plan för att uppföljning via mått inom Säkerhetsenheten ska kunna vidare rapporteras i den årliga säkerhetsberättelsen. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Under 2021 har ett arbete genomförts för att definiera vad ett allvarligt brandtillbud är och hur dessa ska analyseras och rapporteras. Definitionen och rapporterings-skyldigheter är under framtagande och är i ett slutskede av att fastställas. När denna fastställs avses anvisningar uppdateras för att förtydliga skyldigheter inom olika verksamheter. Syftet är att öka kvalitén på arbetet i processen för att i ett lärande och proaktivt förebygga kommande händelser.</p> <p>Inom Säkerhetsenheten har ett nytt mått för uppföljning tagits fram "antal allvarliga brandtillbud" för att löpande kunna följa utvecklingen inom regionen, och möjliggöra återrapportering till ledningen i den årliga säkerhetsberättelsen.</p> | |
|--|--|--|--|

| Genomförd intern-kontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|----------------------------------|--|--|--|
| Krisberedskap | Efterlevnad av signalskyddsinstruktion och författning | Avrapportering till regiondirektör och länsstyrelsen | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Hantering av personuppgifter – efterlevnad av styrande dokument | <p>Kontroller har gjorts genom stickprov för att kontrollera att personuppgiftsavtal skickas med i upphandlingsprocessen. För att mäta kunskapen om informationssäkerhet inom regionen som ett mått på hur väl styrande dokument är kända har kontroll gjorts av hur många medarbetare som genomgått regionens e-kurs i informationssäkerhet.</p> <p>Kontroll har även genomförts för att se om den beslutade åtgärden för att möjliggöra att loggar över vilka som läst patienternas uppgifter i VAS syns direkt i 1177.se har utförts i enlighet med kraven i GDPR och patientdatalagen.</p> | <p>I samtliga fall som kontrollerats har korrekt personuppgiftsavtal skickats med i upphandlingar.</p> <p>Under 2021 har 350 anställda påbörjat e-kursen om informationssäkerhet varav 160 har slutfört den.</p> <p>Utvecklingen av stöd för loggar i 1177.se är klar och lanseras februari 2022. Loggarna kan ses 12 månader bakåt i tiden från inloggnings-tillfället.</p> | <p>Kunskapen inom regionen gällande informationssäkerhet behöver öka och under 2022 ska åtgärder vidtas för att höja kunskapsnivån och få fler att genomgå regionens e-kurs.</p> |
|--|--|--|--|

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|---|---|--|
| <p>Hantering av personuppgifter - Kontroll av att tekniska och organisatoriska åtgärder införts och underhållits</p> | <p>Under kvartal 1 2021 genomfördes en så kallad extern penetrationstest av IT-säkerheten. Testen identifierade 10 generella sårbarheter varav fem av dessa har bedömdes utgöra en hög risk. Kontroller genomförts för att se om de rekommenderade åtgärderna har utförts.</p> <p>I kvartal 3 2021 genomfördes en granskning av IT-säkerheten av extern konsult. En handlingsplan med nio punkter togs fram som har kontrollerats i slutet av 2021.</p> | <p>Kontrollerna visar att samtliga fem sårbarheter som utgjorde en hög risk har åtgärdats och två av de med lägre risk. Kvarstår tre risker som kommer åtgärdas under 2022.</p> <p>Av de nio punkter som identifierades i handlingsplanen för IT-säkerhet har fyra genomförts. Arbetet pågår med de resterande fem som bedöms vara genomförda senast vid halvårsskiftet 2022.</p> | <p>Fortsatt uppföljning av arbetet med att åtgärda kvarstående sårbarheter och genomförandet av handlingsplanen för IT-säkerhet.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|---|--|---|
| <p>Driftsäkerhet inom fastighetsdrift - Kontroll att rätt bemanning och kompetens finns för uppdrag</p> | <p>Kontrollen har genomförts genom att vi har hållit driftmöten där Driftchef och teamledare och fastighetsförvaltare har deltagit.</p> | <p>Resultatet visar att Luleå/Boden området har 2 pensionsavgångar under hösten 2021 och 2 pensionsavgångar under våren 2022. Kompetens och erfarenhetsöverföring bör göras omgående. Kiruna en pensionsavgång i januari 2022. Kalix inget att rapportera. Piteå en pensionsavgång under våren 2022. Elinstallatör för regelefterlevnad, funktionen försvinner i april 2022. Gällivare endast en drifttekniker och en inhyrd, de har beredskap varannan vecka. Det går inte att upprätta en fungerade fastighetsdrift i nuläget.</p> | <p>Ersätta alla pensionsavgångar så snabbt som möjligt för kompetens/erfarenhetsöverföring. Ersätt Elinstallatör för regelefterlevnad. Akut lösa driftteknikerbristen i Gällivare. Upprätta en Driftcentral i Sunderbyn och koppla upp alla fastigheter/byggnader/anläggningar så att man kan övervaka och styra samtliga fastigheter/byggnader/anläggningar i Regionen från Sunderbyn.</p> |
| <p>MT-säkerhet</p> | <p>Uppföljning av tilldelat uppdrag till divisionschefer. Kontrollen har genomförts genom att man har följt regionstyrelsens beslut om ärendet.</p> | <p>Resultatet visar att högsta risken relaterad till fördelning av ansvaret för användning och hantering av medicintekniska produkter har minimerats.</p> <p>Vårdgivare (Regionstyrelse) har gett i uppdrag till divisionschefer att tilldela ansvar för användning och hantering av medicintekniska produkter till berörda verksamhetschefer inom respektive division. Det återstår att komplettera dessa uppdrag med detaljer och att divisionschefer fördelar uppdrag till berörda verksamhetschefer för användning och hantering av medicintekniska produkter. Vidare ska roller såsom förskrivare av medicintekniska produkter utses.</p> | <p>Divisionschefer utser funktion med uppdrag att tillämpa och följa upp ledningssystem för medicintekniska produkter och tilldelar ansvar för berörda verksamhetschefer och när det gäller hantering till chefer för tekniska verksamheter.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|---|--|--|---|
| <p>Ägarstyrning - Kontroll av hur verksamheten sköts av bolagsstyrelse och företagsledning</p> | <p>Kontroll att utvärderingar av styrelsens och vd:s arbete finns i samband med årsstämor.</p> | <p>Granskningsrapporterna från lekmannarevisorerna för de region- och kommunägda bolagen. Visar att Filmpool Nord under 2020 hade brister i måluppfyllelse, Investeringar i Norrbotten hade brister i måluppfyllelse och internkontroll. Norrbottens turistråd inte har någon verksamhet. Matlaget i Gällivare AB bör vidta åtgärder i syfte att kunna verifiera en tydlig redovisning av måluppfyllelse för verksamhetsmålen/fokusområdena där verksamhetsmässig måluppfyllelse framgår.</p> <p>I övrigt att bolagens verksamhet sammantaget och ekonomi bedrivits på ett ändamålsenligt sätt. Interna kontroll inom granskade områden i allt väsentligt har varit tillräcklig.</p> | <p>Under 2021 fram till ägarsamråden 2022 kolla att respektive styrelse arbetar med förbättringar utifrån lekmannarevisorernas kritik, följa upp på ägarsamrådet att åtgärder vidtagits under 2021.</p> |

| Genomförd internkontroll | Kontrollmetod | Uppföljning/resultat av kontrollen | Eventuella åtgärder/ förändringar |
|--|--|--|---|
| Ägarstyrning - Uppsikt över bolagen och regelbundna uppföljningar av ekonomi och verksamhet | Kontroll i samband med delårsrapporteringar. | Bolagen har under året levererat årsrapport för 2020 halvårsrapport för 2021, med uppföljning av verksamhet och ekonomiska mål. Vi ägarsamråden 2021 konstaterades att bolagen har välfungerande verksamheter. | Fram till ägarsamråden 2022 är att i samband med delårsrapporteringar kolla respektive bolags uppföljning av ekonomi och verksamhet utifrån gällande ägardirektiv. Och fortsättningsvis löpande följa upp verksamheten via de rapporter som lämnas in. Förslag har lämnats till fullmäktige att ge regiondirektören i uppdrag att med avseende av pågående etableringar och samhällsomvandling i länet, under 2022 genomföra ägardialog om nödvändighet att se över bolagens ägardirektiv. |

norbotten.se