

Datum
2016-11-30

Förslag

Fastställd av Driftnämnden Hallands sjukhus 2016-XX-XX

Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan 2017

Risakanalys inför intern kontrollplan 2017 har genomförts av nämndens arbetsutskott tillsammans med förvaltningen utifrån regionens reglemente och driftnämndens fastställda regler och anvisningar. Antalet områden i risakanalysen har utökats jämfört med tidigare år och modellen för risakanalys är nu gemensam inom regionen. Den interna kontrollplanen för 2017 innehåller områden där den genomförda risakanalysen har visat på sådana konsekvenser och sannolikhet för inträffande att det har bedömts som adekvat att ha med just dessa delar. Redovisning av nämndens uppföljning av den interna kontrollen sker i enlighet med regionens riktlinjer.

En viktig del i driftnämndens interna kontroll är förvaltningens ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. Som en del av ledningssystemet finns metoder för förebyggande risakanalys, korri-gerande avvikelsehantering och för revision med syftet att förhindra fel, korrigera sådant som har gått fel och för att förbättra.

För att förvaltningen ska få kunskap om hur ledningssystemet används och vilken effekt det ger genomförs interna och oberoende externa revisioner. Interna revisioner sker två gånger om året och innebär att speciellt utbildade medarbetare på sjukhuset granskar verksamheten. Interna revisioner kompletteras också med egenkontroller som utförs av chefer i verksamheten. Externa revisioner genomförs två gånger per år. Vart tredje år sker en omcertifiering.

Ledningens genomgång genomförs vår och höst i två steg; först på områdesnivå och sedan, efter analys och prioritering, på förvaltningsnivå. Viktiga delar vid ledningens genomgång är vilka allvarliga eller mest frekventa avvikelser/händelser har haft inverkan på verksamhetens processer, vilka åtgärder behöver tas fram (eller har tagits fram) för att korrigera avvikelsen/händelsen och vilka effekter har åtgärderna inneburit i verksamheten. Vid ledningens genomgång på förvaltningsnivå bedöms även vilka delar från ledningens genomgång som är aktuella för att ingå i risakanalysen inför det som ska bli driftnämndens interna kontrollplan.

Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan för 2017 framgår av nedanstående matris.

Intern kontrollplan 2017 Driftnämnden Hallands sjukhus

Områden	Risk	Väsentlighet/konsekvens	Risk-tal	Kontrollmoment	Metod	Frekvens	Ansvarig
IT-system/informations-säkerhet	■ Olika system som inte är integrerade med varandra	Arbetsmiljöproblem med stress och risk för att patientsäkerheten påverkas	6	Sker en integrering av IT-system	Redovisning av planerat, pågående och genomfört arbete	3 ggr/år	Verksamhetschef MTH
	■ Bristande kunskap i handhavandet av IT-system	Bristande patientsäkerhet och kvalitet	6	Hur har kontrollen av kunskap kopplat till behörighet utvecklats och har utbildning erbjudits?	Redovisning av planerat, pågående och genomfört arbete	3 ggr/år	Områdeschef sjukhusadministration
Personal, kompetensförsörjning, arbetsmiljö	◆ Beslutad rutin för hantering av bisyssla följs inte	Otillåten bisyssla förekommer	4	Att rutinen för uppföljning av bisysslor är känd och följs	Uppföljning av följsamhet till rutin och om bisysslor anmäls till förvaltningsnivå	2 ggr/år	Personalchef
	■ Sårbarhet i kompetensförsörjningen inom mindre specialiteter	Klarar inte att upprätthålla kompetensen och därmed inte säkerställa uppdraget	9	Att kompetensförsörjningsplan finns inom berörda verksamheter	Uppföljning av om kompetensförsörjningsplaner finns	2 ggr/år	Personalchef
	◆ Att rehabiliteringsprocessen för sjukskrivna inte följs	Återgång i arbete fördröjs och medarbetare riskerar utförsäkring från Försäkringskassan	4	Följsamhet till fastställd rehabiliteringsprocess	Uppföljning via IT-stödet Adato	2 ggr/år	Personalchef
Patientsäkerhet och kvalitet	■ Bristande följsamhet till fastställda vårdriktlinjer och rutiner	Kvalitetsbrister i vården	6	Sker uppföljning och analys av avvikelser kring följsamhet till vårdriktlinjer och rutiner?	Uppföljning av avvikelser	3 ggr/år	Chefläkare
	■ Bristande egenkontroll av medicinteknisk säkerhet inom verksamheten	Kan påverka patientsäkerheten	6	Att egenkontroll av medicinteknisk säkerhet är införd i verksamheten	Uppföljning om egenkontroll av medicinteknisk säkerhet sker	3 ggr/år	Verksamhetschef MTH
	■ Riskhanteringsplan saknas för vårdens sårbarhet kring kritisk försörjning av el, ventilation, vatten, gas och IT till verksamheten	Kan påverka patientsäkerheten	6	Att riskhanteringsplan finns för verksamheten vid Hallands sjukhus	Uppföljning av om riskhanteringsplan för Hallands sjukhus finns	3 ggr/år	Verksamhetschef MTH
Miljö	■ Fortsatt utsläpp av partiklar och växthusgaser p.g.a. många tjänsteresor med bil	Hälsorisk och klimatpåverkan	6	Att kunskap finns om samåkningsmöjligheter och utvecklat IT-stöd	Uppföljning av om informationsinsats genomförts om samåkningsmöjligheter och utvecklat IT-stöd	2 ggr/år	Verksamhetschef Ledningskansliet