

Första återrapporteringen om Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan 2021

En viktig del i Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontroll är att förvaltningen har ett certifierat ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. Dessa certifierade ledningssystem följs årligen upp via särskilda externrevisioner.

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska nämnderna upprätta en intern kontrollplan. Driftnämnden Hallands sjukhus har fastställt en intern kontrollplan för 2021 med fem olika kontrollmoment, se sidan 7. Enligt den interna kontrollplanen ska den första redovisningen ske i samband med uppföljningsrapport 2. På följande sidor redovisas resultatet av de genomförda kontrollerna. Sammanfattningsvis är det två kontrollmoment som bedöms som uppfyllda och tre kontrollmoment som det är för tidigt att bedöma om de är uppfyllda. Slutgiltig återrapportering av interna kontrollplan för 2021 kommer att ske i samband med årsredovisningen.

Halland sjukhus

Carolina Samuelsson
Sjukhuschef

Kontroll inom huvudprocess somatisk öppenvård och slutenvård

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering kvalitet (medicinska resultat, patientsäkerhet, vårdens övergångar samt patientens inflytande och delaktighet)	Kontroll att uppföljning av vårdprocesser sker i enlighet med gällande rutin.	Mäta om alla kliniker har följt upp minst en av sina vårdprocesser. Mätningen sker via regionens uppföljningsverktyg.
	Redovisning genomförd kontroll Det har genomförts kontroller en gång i november 2020 och en gång i april 021. Kontrollerna visar att de verksamheter som har definierade vårdprocesser har en god följsamhet till gällande rutin. Baserat på de genomförda kontrollerna bedöms kontrollmomentet som uppfyllt.	

Kontroll inom stödprocess samarbete med andra vårdaktörer

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering samarbete med andra vårdaktörer	Kontroll att samordnande individuella planeringar för patienter på sjukhuset med behov av insatser vid utskrivning minskar vid sjukhuset till förmån för att planeringen i stället sker i hemmet.	Mäta antal upprättade samordnande individuella planeringar 2021 som genomfördes innan sjukhusvårdtillfället var slut och jämföra med antalet som upprättades 2020. Resultatet kan behöva relateras till antal HS slutenvårdstillfällen där patienten var i behov av utskrivningsplanering. Mätningen sker via systemstöd för utskrivningsplanering.
	Redovisning genomförd kontroll Den genomförda kontrollen visar att under perioden januari till och med juni 2020 upprättades 667 samordnande individuella planeringar innan sjukhusvårdtillfället var slut. Motsvarande period 2021 var det 83 som upprättades innan sjukhusvårdtillfället var slut. Under de båda perioderna var det totala behovet av utskrivningsplanering ungefär på samma nivå. Baserat på den genomförda kontrollen bedöms kontrollmomentet som uppfyllt.	

Kontroll inom stödprocess verksamhetsmiljö

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering lokaler	Kontroll om förvaltningens process fungerar när det gäller initierande av idéer till fastighetsprojekt enligt regionens riktlinje för fastighetsprocessen.	Mäta andel av alla de internt framförda lokalbehoven inom HS 2021 som inte har hanterats genom motiverat avfärdande, initierad idé till Regionfastigheter eller som framfört ärende till DN HS.
	Redovisning genomförd kontroll Den genomförda kontrollen visar att under perioden januari till och med juli 2021 framförde verksamheten 20 lokalbehov. Fem lokalbehov har hanterats genom endera motiverat avfärdande, initierad idé till Regionfastigheter eller som framfört ärende till DN HS. Femton är under pågående handläggning inom Hallands sjukhus. Kontrollen fortsätter under hösten och det är för tidigt att bedöma om kontrollmomentet är uppfyllt.	

Kontroll inom stödprocess verksamhetsmiljö

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering kritiska försörjningssystem (el, vatten, ventilation och medicinska gaser)	<p>Kontroll om vårdverksamhetens krav på kritiska försörjningssystem rörande ventilation och medicinska gaser är tydligt beskrivna.</p> <p>Redovisning genomförd kontroll</p> <p>Den genomförda kontrollen visar att beskrivning av vårdverksamhetens krav på försörjningssystem för ventilation och medicinska gaser är ett pågående arbete som behöver uppdateras regelbundet i takt med verksamhetsutveckling. I arbetet är Hallands sjukhus beroende av expertkompetens som finns inom andra förvaltningar inom regionen. Det saknas idag en styrning för hela regionen när det gäller robusthet på de kritiska systemen. Arbetsformer har därför etablerats med berörda förvaltningar under ledning av Medicinsk teknik Halland. En tydligare beskrivning av vårdverksamhetens krav på försörjningssystemen är under framtagande. Kontrollen fortsätter under hösten och det är för tidigt att bedöma om kontrollmomentet är uppfyllt.</p>	Statusbeskrivning för respektive försörjningssystem (ventilation och medicinska gaser).

Kontroll inom stödprocess medarbetare

Risk	Kontrollmoment	Kontrollmetod
Bristande hantering kompetensförsörjning	Kontroll om nya medarbetare har genomgått introduktion i enlighet med gällande rutin.	Mäta andel som har genomgått introduktion i en urvalsgrupp med nyanställda.
	<p>Redovisning genomförd kontroll</p> <p>Den genomförda kontrollen har så här långt omfattat tolv nya chefer som för första gången går in i ett chefskap eller som har anställts från andra regioner. Kontrollen har skett via en enkät där elva av tolv tillfrågade chefer har svarat. Utifrån svaren är det nio av de elva tillfrågade cheferna som har genomgått introduktion i enlighet med gällande rutin. Under hösten kommer kontrollen utvidgas till att även omfatta nya medarbetare inom Hallands sjukhus. Det är för tidigt att bedöma om kontrollmomentet är uppfyllt.</p>	

Intern kontrollplan 2021 Driftnämnden Hallands sjukhus

Områden	Risk	Väsentlighet/ konsekvens	Kontrollmoment	Metod	Frekvens	Rapporteras	Ansvarig
Huvudprocess somatisk öppenvård och slutenvård	Bristande hantering kvalitet (medicinska resultat, patientsäkerhet, vårdens övergångar samt patientens inflytande och delaktighet)	Stor påverkan huvudprocesser	Kontroll att uppföljning av vårdprocesser sker i enlighet med gällande rutin.	Mäta om alla kliniker har följt upp minst en av sina vårdprocesser. Mätningen sker via regionens uppföljningsverktyg	2 ggr	UR2 och Årsuppföljning	Chef utvecklingsavdelningen
Stödprocess samarbete med andra vårdaktörer	Bristande hantering samarbete med andra vårdaktörer	Stor påverkan ledningsprocesser och huvudprocesser	Kontroll att samordnande individuella planeringar för patienter på sjukhuset med behov av insatser vid utskrivning minskar vid sjukhuset till förmån för att planeringen istället sker i hemmet.	Mäta antal upprättade samordnande individuella planeringar 2021 som genomfördes innan sjukhusvårdtillfället var slut och jämföra med antalet som upprättades 2020. Resultatet kan behöva relateras till antal HS slutenvårdstillfällen där patienten var i behov av utskrivningsplanering. Mätningen sker via systemstöd för utskrivningsplanering.	2 ggr	UR2 och Årsuppföljning	Chef utvecklingsavdelningen
Stödprocess verksamhetsmiljö	Bristande hantering lokaler	Stor påverkan huvudprocesser	Kontroll om förvaltningens process fungerar när det gäller initierande av idéer till fastighetsprojekt enligt regionens riktlinje för fastighetsprocessen.	Mäta andel av alla de internt framförda lokalbehoven inom HS 2021 som inte har hanterats genom motiverat avfärdande, initierad idé till Regionfastigheter eller som framfört ärende till DN HS.	2 ggr	UR2 och Årsuppföljning	Chef MTH
Stödprocess verksamhetsmiljö	Bristande hantering kritiska försörjningssystem (el, vatten, ventilation och medicinska gaser)	Stor påverkan huvudprocesser	Kontroll om vårdverksamhetens krav på kritiska försörjningssystem rörande ventilation och medicinska gaser är tydligt beskrivna.	Statusbeskrivning för respektive försörjningssystem (ventilation och medicinska gaser).	2 ggr	UR 2 och Årsuppföljning	Chef MTH
Stödprocess medarbetare	Bristande hantering kompetensförsörjning	Stor påverkan huvudprocesser, medarbetare och ekonomi	Kontroll om nya medarbetare har genomgått introduktion i enlighet med gällande rutin.	Mäta andel som har genomgått introduktion i en urvalsgrupp med nyanställda.	2 ggr	UR 2 och Årsuppföljning	HR-chef