



Förslag

Internkontrollplan 2025

Driftnämnden Hallands sjukhus

Beslutad av Driftnämnden Hallands sjukhus 2024-XX-XX

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Kontroller 2025	4
2.1	Välfärdsbrottslighet	4
2.2	Säkerhet och beredskap	4
2.3	Patientsäkerhetsutvecklingsarbete	4
2.4	Kompetensförsörjning	5

1 Inledning

Driftnämnden Hallands sjukhus internkontrollplan 2025 utgår från regionfullmäktiges reglemente för den interna kontrollen.

Driftnämndens arbetsutskott har tillsammans med förvaltningen genomfört riskanalys för att välja ut lämpliga kontroller till internkontrollplanen. Riskanalysen är en del av arbetsutskottets beredning inför driftnämndens beslut om kontrollplanen. Den genomförda riskanalysen har utgått från 28 övergripande risker som har värderats utifrån konsekvensen för Hallands sjukhus och sannolikheten för en bristande hantering vid Hallands sjukhus.

En viktig del i driftnämndens interna kontroll är att förvaltningen har (2024) certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med standarder. Som en del av ledningssystemen finns metoder för förebyggande riskanalyser, korrigerande avvikelshantering och för revision med syftet att förhindra fel, korrigera sådant som har gått fel och för att förbättra.

2 Kontroller 2025

2.1 Vårdsbrottslighet

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p>Genomförs tillräckliga bakgrundskontroller av externa leverantörer inför avtalsingång för sådana avtal som tecknas på delegation från Driftnämnden Hallands sjukhus?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom en genomgång av ett antal slumpvis utvalda avtal för att se vilka bakgrundskontroller som gjorts inför avtalsingång. En värdering genomförs därefter huruvida bakgrundskontrollerna har varit tillräckliga.</i></p>	UR 2 och År

2.2 Säkerhet och beredskap

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p>Finns kontinuitetsplaner för sjukhusets akutsjukvårdsverksamhet (det samhällskritiska uppdraget) avseende vattenförsörjning?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom att i 13 identifierade verksamheter undersöka om det finns aktuella kontinuitetsplaner med adekvat kvalitet.</i></p>	UR 2 och År

2.3 Patientsäkerhetsutvecklingsarbete

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p>Föreligger kännedom på verksamhetschefs- och avdelningschefs nivå om stipulerad handläggningstid för hantering och avslutande av patientsäkerhetsavvikelse samt patientsynpunkter via patientnämnden?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom att fem verksamhetschefer och 15 avdelningschefer väljs ut slumpvis och får svar på ett frågeformulär.</i></p>	UR 2 och År

2.4 Kompetensförsörjning

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p>Har introduktionsprogrammen "basår" respektive "bas månader" fångat sin målgrupp, dvs har en hög andel av dem som introduktionsprogrammet är avsett för deltagit?</p> <p>Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom att identifiera dem som basår respektive basmånader är avsett för under 2025 och kontrollera hur många av dessa som har erbjudits respektive deltagit i aktuellt introduktionsprogram. Kontrollen genomförs i slutenvårdsverksamheten via avdelningscheferna.</i></p>	År