

# **Internkontrollplan - 2020**

---

Psykiatri Halland

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Internkontroll .....</b>	<b>3</b>
1.1	Ekonomi .....	3
1.2	IT-system/informationssäkerhet .....	3
1.3	Personal, kompetensförsörjning, arbetsmiljö .....	4
1.4	Patientsäkerhet .....	4
1.5	Lagar och andra krav .....	5
1.6	Ansvar och befogenheter .....	5
1.7	Hälso- och sjukvårdsstrategin .....	5



# 1 Internkontroll

## 1.1 Ekonomi

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>◆ Att regler för upphandling och direktupphandling inte följs</p>	4	<p>✓ Verifiering av följsamhet till direktiven för upphandling och direktupphandling</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat.</b> Som en följd av de brister* som identifierats i tidigare uppföljning av internkontroll har förvaltningen strukturerat upp intern process för upphandling- och inköp och genomfört utbildning för ansvariga. Utbildning planeras även för avropare/beställare i verksamheterna.</p> <p>Inga nya brister har identifierats inom området sedan.</p> <p>* nyttjande av handledning för vårdpersonal</p>	

## 1.2 IT-system/informationssäkerhet

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att rutiner för hantering av personuppgifter enligt GDPR, PDL och OSL brister</p>	9	<p>✓ Att avvikelser registreras, bearbetas och följs upp.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b> Region Halland har sedan GDPR-direktivet byggt upp en central dataskyddsorganisation som hanterar frågor kopplat till GDPR, PDL och OSL för samtliga förvaltningar. Psykiatrin är även representerade i Regionens informationssäkerhetsnätverk där frågor kopplat till integritet och IT-säkerhet hanteras. Psykiatrins representant har regelbundna möten med IT-samordnare i verksamheten för att bland annat sprida kunskap, identifiera förbättringsområden m.m. kopplat till IT och informationssäkerhetsfrågor.</p> <p>Samtliga verksamheter har fungerande processer för avvikelshantering.</p>	
<p>■ Att patienters integritetsskydd hotas</p>	9	<p>✓ Att rutiner och kunskap finns och följs</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat.</b> Se ovan</p>	

### 1.3 Personal, kompetensförsörjning, arbetsmiljö

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs enligt rutin</p>	6	<p>✓ Att det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs enligt rutin.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p><i>Det systematiska arbetsmiljöarbetet pågår kontinuerligt.</i></p> <p><i>Arbetsmiljörender genomförs, dokumenteras och sammanställs enligt rutin från samtliga verksamheter och ligger till grund för förvaltningens arbetsmiljöplan 2021.</i></p> <p><i>Arbetsskador och tillbud rapporteras och följs upp enligt rutin.</i></p> <p><i>Fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker enligt Region Hallands rutin.</i></p>	
<p>■ Att utbildning i hot och våld inte genomförs</p>	6	<p>✓ Att medarbetare går på den obligatoriska hot- och våldutbildningen.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p><i>Utbildningar i hot/våld har genomförts under året så långt det varit möjligt, utifrån pandemiläget. Utbildningar har skett med mer digitala inslag och med mindre grupper, för att minimera smittspridning</i></p>	

### 1.4 Patientsäkerhet

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att klagomål och synpunkter från patienter/anhöriga inte tas omhand och inte leder till lärande</p>	9	<p>✓ Att rutiner och kunskap finns för hur klagomål och synpunkter ska tas omhand samt att dessa följs.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p><i>Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns fastställda i Psykiatrins ledningssystem. Hantering av patientnämndsärenden och avvikelser följs upp kontinuerligt</i></p>	
<p>■ Att internutredningar inte görs i tillräckligt stor omfattning och med tillräckligt god kvalitet</p>	6	<p>✓ Att rutiner och kunskap finns för hur internutredningar ska genomföras samt att dessa följs.</p>	3 ggr/år

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Rutin för internutredningar finns fastställd i Psykiatrins ledningssystem. Internutredningar granskas kontinuerligt.</p>	

### 1.5 Lagar och andra krav

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att verksamheten inte följer tvångsvårdslagstiftning - myndighetsutövning</p>	6	<p>✓ Att rutiner och kunskap finns för hur tvångsvård ska genomföras samt att dessa följs.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Rutiner kring tvångsvård finns fastställda i Psykiatrins ledningssystem. Kontinuerlig kvalitetsgranskning sker.</p>	

### 1.6 Ansvar och befogenheter

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att formalia kring kommunalrättslig delegation inte följs</p>	6	<p>✓ Att rutiner och kunskap finns för hur kommunalrättsliga delegationer ska följas samt att dessa följs.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Som en följd av tidigare identifierad brist* har förvaltningen genomfört en utbildning i LOU för förvaltningsledningen. Inga nya brister har påvisats sedan senaste uppföljning.</p> <p>*Ställningsfullmakt i samband med avtal</p>	

### 1.7 Hälsa- och sjukvårdsstrategin

Risk	Risk tal	Kontrollmoment	Frekvens
<p>■ Att förändringar av egen verksamhet genomförs utan hänsynstaganden till hälso- och sjukvårdsstrategin</p>	9	<p>✓ Att förändringar av verksamheten sker i samklang med hälso- och sjukvårdsstrategin.</p>	3 ggr/år
		<p><b>Resultat</b></p> <p>Inga förslag till beslut av hälso- och sjukvårdsstrategisk karaktär har funnits under perioden</p>	