



Uppföljning av internkontrollplan - april 2024


Psykiatri Halland
April 2024

Innehållsförteckning

1	Uppföljning av kontrollmoment	3
1.1	Risk att patientsäkerhetsarbetet inte bedrivs systematiskt i hela förvaltningen	3
1.2	Risk att verksamheten brister i tillämpande av tvångsvårdslagstiftning	3
1.3	Risk att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs enligt gällande rutiner i hela förvaltningen	4
1.4	Risk att utbildning i hot och våld inte genomförs enligt rutin	5
1.5	Risk att rutiner för hantering av personuppgifter inte följs	5
1.6	Risk att regler för upphandling och inköp inte följs	6


1 Uppföljning av kontrollmoment

1.1 Risk att patientsäkerhetsarbetet inte bedrivs systematiskt i hela förvaltningen

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att rutiner finns och följs</p> <p>Beskrivning av metod <i>Stickprov och statistikuppföljning</i></p>	<p>Inom förvaltningen finns en väl uppbyggd struktur för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och sammantaget bedöms patientsäkerhetsarbetet efter årets första fyra månader bedrivs systematiskt i hela förvaltningen med fungerande strukturer för att fånga upp brister och felaktigheter i tid.</p> <p>Det lokala patientsäkerhetsarbetet leds och planeras av respektive verksamhetschef, tillsammans med klinik-MLA och avdelningschefer och i samråd med förvaltningens chefläkare. Arbetet sker i enlighet med beslutade rutiner och riktlinjer och sker i nära samarbete med Region Hallands olika stödfunktioner.</p> <p>En systematisk inventering sker regelbundet inom alla verksamheterna genom de årligen återkommande patientsäkerhetsronder. Övergripande uppföljning på förvaltningsnivå genomförs i förvaltningens styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet där chefläkaren är sammankallande och verksamhetscheferna deltar. Samtliga av årets patientsäkerhetsronder är inplanerade och förbereds under vår/sommar. Rutiner i ledningssystemet uppdateras och kontrolleras löpande.</p> <p> Uppfyllt</p>


1.2 Risk att verksamheten brister i tillämpande av tvångsvårdslagstiftning

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att rutiner finns och följs</p> <p>Beskrivning av metod <i>Stickprov och statistikgranskning</i></p>	<p>I ledningssystemet finns rutiner för hur den psykiatriska tvångsvården ska bedrivs. Rutinerna ses över kontinuerligt av ansvariga och informeras löpande till berörd personal.</p> <p>Under perioden har inga avvikelser eller IVO-klagomål inkommit gällande faktisk felaktig hantering av tvångsvård.</p>


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
	<p>Under perioden har även ett nytt arbetssätt tagits fram kring regelbunden uppföljning av tvångsvård och ett årshjul för egenkontroll av psykiatrisk tvångsvård för att ytterligare säkerställa att befintliga rutiner följs.</p> <p> Uppfyllt</p>

1.3 Risk att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs enligt gällande rutiner i hela förvaltningen

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att rutiner finns och följs</p> <p><i>Beskrivning av metod</i> <i>Stickprov och statistikgranskning</i></p>	<p>Det systematiska arbetsmiljöarbetet har pågått kontinuerligt under årets första fyra månader i samtliga verksamheter i enlighet med förvaltningens arbetsmiljöplan och gällande rutiner och riktlinjer, med aktivt stöd från förvaltningens HR-funktion. Arbetet följs upp kontinuerligt, bland annat genom de egenkontroller som genomförs i alla verksamheter under årets första halvår</p> <p>Fokus under perioden har varit på att fortsätta arbeta för att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeta med ett riskgruppsorienterat arbetssätt för att motverka korttidsfrånvaro genom att identifiera medarbetare som kräver särskilt stöd för att kunna vara närvarande och arbetsföra på arbetsplatsen. • Vidare analysera arbetet med att stärka den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. • Öka kunskapen om rehabiliteringsprocessen. • Förädla processen vid tillbud och arbetsskador när det gäller återkoppling till medarbetare. • Säkerställa att samtliga medarbetare på förvaltningen planenligt genomgår hot och våldutbildning. • Minska mörkertalet gällande rapporterade ärenden för kränkande särbehandling, hot och våld samt sexuella trakasserier. • Öka förvaltningens gemensamma förmåga att behålla och utveckla medarbetare inom den egna organisationen samt att attrahera nya


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
	<p>medarbetare.</p> <p>Sammantaget sett bedöms det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs enligt gällande rutiner i hela förvaltningen.</p> <p> Uppfyllt</p>

1.4 Risk att utbildning i hot och våld inte genomförs enligt rutin


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att medarbetare går utbildning i hot och våld</p> <p><i>Beskrivning av metod</i> Stickprov och statistikuppföljning</p>	<p>Inom förvaltningen finns kontinuerliga utbildningsmöjligheter för alla personal. Både digitala utbildningar, grundutbildning och repetitionsutbildningar finns tillgängliga. För personal inom heldygnsvård rullar utbildandet på enligt plan. För personal inom öppenvård finns fortsatt utvecklingsmöjlighet för att öka deltagandet. Ett arbete pågår inom förvaltningen för att utveckla detta.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

1.5 Risk att rutiner för hantering av personuppgifter inte följs

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att rutiner finns och följs</p> <p><i>Beskrivning av metod</i> Stickprov och statistikuppföljning</p>	<p>Rutiner för hantering av personuppgifter finns publicerade i ledningssystemet och är i stor utsträckning regiongemensamma. Under perioden har extra fokus varit på att informera om informationssäkerhet, på olika nivåer. Samtliga nyanställda tar även del av introduktionsmaterial kopplat till informationssäkerhet.</p> <p>En struktur för att identifiera och åtgärda ev. incidenter finns uppbyggt i förvaltningen och i regionen finns även centralt utsedda dataskyddsombud som stöttar i arbetet.</p> <p>Under perioden har två personuppgiftsincidenter identifierats, åtgärdats och anmälts till</p>

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
	<p>Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). IMY har beslutat att inte vidta några ytterligare åtgärder kopplat till detta.</p> <p> Uppfyllt</p>

1.6 Risk att regler för upphandling och inköp inte följs

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Att rutiner finns och följs</p> <p><i>Beskrivning av metod</i> <i>Stickprov och statistikuppföljning</i></p>	<p>Upphandlingar sker i samarbete med upphandlingsavdelningen och köptrohet till avtal sker i stor utsträckning. Vid tidigare kontroll hade vi identifierat upphandling av KBT-utbildningar som en åtgärd för att öka Psykiatrins följsamhet till avtal. Psykiatrin har under perioden i samråd med upphandlingsavdelningen kommit fram till att det inte krävs någon upphandling och att Psykiatrin hanterar det enligt de lagar och rutiner som finns. I övrigt har genomförda stickprov under perioden inte visat några nya avvikelser.</p> <p> Uppfyllt</p>