

Driftnämnden Hallands Sjukhus**§61****Uppföljning intern kontrollplan 2025**

DNHS240310

Beslut

Driftnämnden Hallands sjukhus beslutar att

- med godkännande lägga den första återrapporteringen när det gäller uppföljning av den interna kontrollplanen 2025 till handlingarna.

Ärendet

Driftnämndens Hallands sjukhus har fastställt nämndens interna kontrollplan för 2025 efter genomförda riskanalyser i det beredande arbetet. Från förvaltningen föreligger den första återrapporteringen när det gäller uppföljning av kontrollerna i driftnämndens interna kontrollplan 2025

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår driftnämnden besluta att

- med godkännande lägga den första återrapporteringen när det gäller uppföljning av den interna kontrollplanen 2025 till handlingarna.

Expedieras till

Regionstyrelsen

Regionens revisorer för kännedom

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Första återrapportering - Uppföljning av Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontrollplan 2025

Halland sjukhus 2025-09-02

Carolina Samuelsson
Sjukhuschef

1 Sammanfattning

En viktig del för att säkerställa Driftnämnden Hallands sjukhus interna kontroll är förvaltningens certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö i enlighet med ISO-standarder. Certifikat för ledningssystemet följs årligen upp via särskild externrevision. Den senaste externrevisionen ägde rum hösten 2024 och en ny revision genomförs hösten 2025.

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska nämnderna upprätta en intern kontrollplan. Driftnämnden Hallands sjukhus har fastställt en intern kontrollplan för 2025 som inbegriper fyra olika kontrollmoment. På följande sidor redovisas resultatet av genomförda kontroller till och med augusti 2025 för de tre kontrollerna som enligt den intern kontrollplanen ska redovisas i samband med uppföljningsrapport 2. Slutgiltig redovisning för samtliga kontroller sker när hela 2025 har passerat.

Sammanfattningsvis är två kontroller färdiga där kontrollmomentet inom välfärdsbrottslighet bedöms som uppfyllt och kontrollmomentet inom patient-säkerhetsutvecklingsarbete bedöms som delvis uppfyllt. Kontrollmomentet inom säkerhet och beredskap pågår, men är hittills inte uppfyllt. Åtgärder pågår eller planeras utifrån det som har kommit fram i den interna kontrollen så här långt.

2 Uppföljning av kontrollmoment

2.1 Valfärdsbrottslighet

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
Genomförs tillräckliga bakgrunds-kontroller av externa leverantörer inför avtalsingång för sådana avtal som tecknas på delegation från Driftnämnden Hallands sjukhus? 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>	Kontrollen har omfattat tre externa leverantörer med avtal för förbrukningsartiklar och en leverantör med avtal för mobila operationsbord. Den genomförda kontrollen visade att det har genomförts flera olika typer av bakgrunds-kontroller. Bedömningen är att dessa har varit tillräckliga utifrån vad som kan anses rimligt. Krav enligt gällande rutiner ställs på att anbudsgivarna ska ha en stabil ekonomisk ställning och tillgång till resurser som svarar mot uppdragets omfattning. Det som framgår i internkontrollmomentet är att samtliga fyra anbudsgivande leverantörers ekonomiska ställning kontrollerades utifrån: - Kreditvärdighet - Arbetsgivaravgift - Momsbetalningar - Rating, kreditlimit, betalningsanmärkningar, skuldsaldo, bokslut med omsättning, resultat, eget kapital osv, nyckeltal som balanslikviditet, soliditet, skuldsättningsgrad, eventuella förändringar gällande koncernstruktur med eventuellt moderbolag, bransch, F-skatt eller moms. - Referensuppdrag, eventuellt om indikationer finns Det praktiska arbetet med kontroll av ekonomisk ställning görs, enligt regionens rutiner, av Regionkontorets Inköps- och upphandlingsavdelning. Anbudsgivarna/leverantörerna fyllde därutöver i en försäkran att inga uteslutningsgrunder har förelegat gällande: - Teknisk och yrkesmässig kapacitet - Eventuella underleverantörer redovisas - Uppförandekod och kontraktsvillkor för hållbara leveranskedjor - Systematiskt kvalitetsarbete Det som möjligen kan utgöra en osäkerhetsfaktor vad gäller leverantörernas försäkran är att det "bara" var en sannings-försäkran. Regionen/Hallands sjukhus (beroende på vem som är avtalspart) har emellertid möjlighet att begära in bevisning på att försäkran stämmer. Utifrån genomförd kontroll bedöms kontrollmomentet som uppfyllt.

2.2 Säkerhet och beredskap

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
Finns kontinuitetsplaner för sjukhusets akutsjukvårdsverksamhet (det samhällskritiska uppdraget) avseende vattenförsörjning? Beskrivning av metod Kontrollen sker genom att i 13 identifierade verksamheter undersöka om det finns aktuella kontinuitetsplaner med adekvat kvalitet.	Kontrollen visar hittills att samtliga 13 kontrollerade verksamheterna som kontrollen omfattar saknar färdig kontinuitetsplan avseende vattenförsörjning*. I sju av 13 verksamheter har arbetet påbörjats. Målsättning är att samtliga berörda verksamheter ska ha kontinuitetsplaner för vattenförsörjning klara detta år men att det kan uppstå viss fördröjning inom några av verksamheterna. <i>*En kontinuitetsplan, i detta sammanhang, är ett sammanhållet "reservrutin-dokument" som beskriver vad medarbetare och chefer konkret behöver göra vid en störning i normala driftsförhållande och försörjning. När det gäller kontinuitetsplan för vattenförsörjningen beskriver den exempelvis alternativa sätt att få vatten genom till exempel tankbilar och vattendunkar, hur roller och ansvar är fördelat samt hur kommunikationen ska ske i olika faser av hanteringen. En kontinuitetsplan ska även beskriva återgångsrutiner ifall att störning/bristsituation upphör.</i> Kontrollen är inte slutförd, men hittills är kontrollmomentet ej uppfyllt.

2.3 Patientsäkerhetsutvecklingsarbete

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
Föreligger kännedom på verksamhetschefs- och avdelningschefs nivå om stipulerad handläggningstid för hantering och avslutande av patientsäkerhetsavvikelser samt patientsynpunkter via patientnämnden? Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom att fem verksamhetschefer (AC) och 15 avdelningschefer (VC) väljs ut slumpvis och får svara på ett frågeformulär.</i>	Genomförd kontroll när det gäller patientsäkerhetsavvikelser visade att 15 (elva AC och fyra VC) av de 20 slumpvis utvalda cheferna hade kännedom om stipulerad handläggningstid. De övriga fem (fyra AC och en VC) cheferna indikerade viss osäkerhet eller bristande kännedom. Regional rutin föreskriver att avvikelserna ska vara hanterade och avslutade inom tre månader från att de identifierats. Längre handläggningstid kan accepteras om uppföljning av insatta åtgärder pågår eller om beslut från extern myndighet inväntas. Genomförd kontroll när det gäller patientsynpunkter visade att 15 av de 20 (elva AC och fyra VC) slumpvis utvalda cheferna hade kännedom om stipulerad handläggningstid <i>för vuxna</i>. Svaren från de övriga fem cheferna (fyra AC och en VC) indikerade viss osäkerhet eller bristande kännedom. Det var dock bara en chef som tydligt uttryckte kännedom om handläggningstiden <i>för barn</i>. Detta kan delvis förklaras av att vissa verksamheter som ingick i kontrollen inte har barn som patienter och eventuellt även av att frågan till cheferna vid kontrollen var formulerad som att det endast förväntades ett svarsalternativ. Regional rutin föreskriver att den som har klagat ska få ett svar från verksamheten inom fyra veckor förutom svar till barn eller gällande barns vård som ska ske inom två veckor. Med anledning av resultatet av kontrollen och andra förbättringsbehov som identifierades i samband med kontrollen kommer förvaltningen: - arbeta med att förbättra tillämpningen av kraven på statusändring och dokumentation vid avvikelserhandläggningstider över tre månader. - stärka kunskapen om skillnaden i svarstid vid patientsynpunkter via patientnämnden som rör barn. - göra den regionala rutinen mer känd i verksamheten. Utifrån genomförd kontroll bedöms kontrollmomentet som delvis uppfyllt.

2.4 Kompetensförsörjning

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
Har introduktionsprogrammen "basår" respektive "bas månader" fångat sin målgrupp, dvs har en hög andel av dem som introduktionsprogrammet är avsett för deltagit? Beskrivning av metod <i>Kontrollen sker genom att identifiera dem som basår respektive bas-månader 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>	Resultatet av genomförd kontroll redovisas enbart i samband med årsredovisning enligt driftnämndens beslutade interna kontrollplan för 2025.