

Internkontrollplan 2026 inklusive bilagor

Patientnämnden

Dnr 2026-4A

1 Inledning

I enlighet med Region Västerbottens reglemente för intern kontroll tar varje nämnd fram en årlig plan för intern kontroll. Internkontrollplanen syftar till att säkerställa att kontrollsystemet i nämndens verksamhet fungerar genom att testa de rutiner och regelverk som finns, för de risker nämnden har prioriterat som mest väsentliga att följa. I planen redovisas även de risker som hanteras aktivt genom så kallade direktåtgärder, samt risker som identifierats men som inte blir fokus under det kommande året. De senare samlas under benämningen tolererade risker vilket innebär att andra risker bedöms vara mer effektfulla att arbeta med under året. Tolererade risker kan omvärderas och hanteras annorlunda i ett senare skede, vid behov.

2 Riskanalys

Riskanalyser är grunden för ett systematiskt arbete med intern kontroll och är utgångspunkten för att prioritera hur olika risker ska hanteras. Riskanalysen består av tre steg:

- Riskidentifiering
- Riskvärdering
- Riskhantering

Identifiera risker

I detta steg identifieras och värderas risker inom kontrollmiljön, där risker med höga riskpoäng ligger till grund för kontrolltester. De risker som ska beaktas är de som kan påverka verksamhetens förmåga att uppnå sitt uppdrag, sina mål eller uppfylla lagar och bestämmelser, liksom kritiska framgångsfaktorer och hinder för dessa. Följande rubricerade områden används som stöd:

- Ekonomi
- Information och IT
- Oegentligheter
- Personal
- Samverkan
- Säkerhet och trygghet
- Verksamhetens genomförande

En risk är inte ett allmänt tillstånd utan en specifik händelse eller ett specifikt förhållande som riskerar att leda till en oönskad konsekvens. När risker tydligt kan beskrivas så underlättar det samsyn och möjligheten att komma åt rotorsaker

Värdera risker

För varje risk som identifieras görs en värdering av sannolikheten att risken ska inträffa samt hur allvarlig konsekvensen skulle vara om risken inträffar. Risken ska bedömas genom poängsättning enligt skala 1–4. Riskpoängen blir faktorn av konsekvens och sannolikhet, och kan alltså ha värde 1 som lägst och värde 16 som högst. Detta illustreras i tabellen nedan.

Sannolikhet	Mycket hög	4	8	12	16
	Hög	3	6	9	12
	Medelhög	2	4	6	8
	Låg	1	2	3	4
		Försumbar	Lindrig	Kännbar	Allvarlig
		Konsekvens			

Hantera risker

Med utgångspunkt i riskvärderingen beslutas hur riskerna ska hanteras. Prioritering sker även utifrån resurser, genomförbarhet och förväntad effekt. Beslut fattas om risken ska hanteras genom kontrolltester och kontrollaktiviteter, som en direktåtgärd eller läggas som en tolererad risk under det kommande året.



En identifierad risk bör inte hanteras på flera ställen samtidigt för att undvika dubbelarbete och onödig administration. Om det redan finns ett systematiskt arbete för att hantera risken dokumenteras detta i riskanalysen, men risken blir inte en del av nämndens internkontrollplan.

3 Kontrollaktiviteter och planerade kontrolltester



I Region Västerbotten görs en distinktion mellan kontrollaktiviteter och kontrolltester. Kontrollaktiviteter finns i våra arbetsprocesser och rutiner och formar det dagliga arbetet. Sammantaget bildar dessa vårt kontrollsystem. Kontrolltester innebär att genomföra granskningar, mätningar eller verifikationer i efterhand för att säkerställa att kontrollsystemet fungerar. Ofta uttrycks det som att organisationen då har "koll på kollen"

I detta avsnitt redovisas de kontrolltester som nämnden beslutat ska genomföras under det kommande året.

Ekonomi

Risk	Riskbedömning	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Kontrollbeskrivning
Risk för att Patientnämnden belastas för löne- och arvodeskostnader som skall belasta annan del av organisationen.	 Medium (6) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 2. Medelhög	Dokumenterad rutin för hur nämndens lönelistor kontinuerligt kontrolleras och vid behov korrigeras.	Kontroll av efterlevnad av rutin för kontroll av lönelista. Typ av kontrolltest Bevis/Underlagsgranskning	Kontrolltestet genomförs genom kontroll av att underskrivna lönelistor finns dokumenterade i därför avsedd pärm i Patientnämndens arkivskåp. För varje månad skall det finnas tre listor - en för förvaltningen, en för nämnden och en för stödpersoner. Samtliga listor skall vara signerade av förvaltningschef och kontrollerade i avseendet att löne-/arvodeskostnader är rimliga och att ingen person som inte hör till Patientnämndens verksamhet finns på lönelistan (om hen inte skall göra det).
Risk för att negativa budgetavvikelser inte leder till tillräckliga åtgärder vidtas.	 Medium (6) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 2. Medelhög	Dokumenterad rutin för hur nämndens ekonomiska resultat följs upp och redovisas för dels nämndens presidium och dels nämnden som helhet.	Kontroll av att rapport av ekonomiskt utfall sker till nämndens presidium i enlighet med rutin. Typ av kontrolltest Bevis/Underlagsgranskning	Rapport görs månadsvis, förutom under juli och/eller augusti månad beroende på hur sommarsemester infaller för förvaltningschef.
			Kontroll av att rapport av ekonomiskt utfall sker till nämnden i enlighet med rutin. Typ av kontrolltest Bevis/Underlagsgranskning	Kontrolltestet består i att kontrollera att punkten Ekonomisk rapport finns på dagordningen vid varje sammanträde och att rapporten föredras för nämnden vid sammanträdet.

Personal


Risk	Riskbedömning	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Kontrollbeskrivning
Risk för en försämrad organisatorisk och social arbetsmiljö på förvaltningen som ett resultat av lägre bemanning.	 Medium (6) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 2. Medelhög	Dokumenterad rutin för förvaltningens systematiska arbetsmiljöarbete inklusive mål för det systematiska arbetsmiljöarbetet 2026.	Kontroll av efterlevnaden av rutinen. Typ av kontrolltest Bevis/Underlagsgranskning	
			Kontroll av personalens upplevelse av uppfyllelse av mål för det systematiska arbetsmiljöarbetet i samband med medarbetarsamtal. Typ av kontrolltest Intervjuer	Under året genomförs fem strukturerade samtal för samtliga medarbetare vid förvaltningen, ett längre och fyra kortare. I samband med dessa samtal stäms individens upplevelse av måluppfyllnaden av.
Risk för att otydlighet i uppgifter, ansvarsfördelning och mandat leder till brister i medarbetares arbetsmiljö.	 Medium (6) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 2. Medelhög	För förvaltningen gemensamt dokument för uppgifts- ansvars- och mandatfördelning.	Genomgång och uppdatering av fördelningsdokumentet. Typ av kontrolltest Bevis/Underlagsgranskning	

4 Direktåtgärder



I de fall som det inte är möjligt eller lämpligt att utforma kontroller så är det möjligt att utforma så kallade direktåtgärder. Det handlar ofta om risker som inte går att hantera i dagsläget genom anpassning av rutiner eller arbetssätt. Om åtgärden resulterar i förändrade arbetssätt och standardiserade kontroller skall den överföras till rutinmässig hantering. Målet borde vara att gradvis flytta så mycket som möjligt in i den rutinmässiga hanteringen eftersom det är mindre krävande i energi, pengar, resurser och uppmärksamhet.

Nedan redovisas de direktåtgärder som planeras att genomföras under kommande år.


Ekonomi

Risk	Riskbedömning	Direktåtgärd	Slutdatum
Risk för att leverantörsfakturor ej betalas i tid i samband med sommarsemestrar, med undvikbara dröjsmålskostnader som resultat. Periodicitet År	 Låg (3) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 1. Låg	Säkerställande av redundans i attestbehörigheterna vid planering av sommarsemestrar.	2026-04-30
		Upprättande av rutin/princip för planering av förvaltningens sommarsemestrar som säkerställer att leverantörsfakturor attesteras i tid.	2026-03-31


Information och IT

Risk	Riskbedömning	Direktåtgärd	Slutdatum
Risk för att "hemtaget" diariesystem tappat väsentlig information vid överföring från tidigare leverantör. Periodicitet År	 Hög (8) Konsekvens 4. Allvarlig Sannolikhet 2. Medelhög	Kontroll av att all väsentlig information finns med i samband med övertagandet.	2026-02-15
Risk för att "hemtaget" diariesystem inte kan köras fullt ut i egen regi med resultatet att väsentliga funktioner inte kan användas fullt ut. Periodicitet År	 Hög (8) Konsekvens 4. Allvarlig Sannolikhet 2. Medelhög	Kontinuerlig kontroll av att alla funktioner finns på plats och fungerar.	2026-03-31


Oegentligheter

Risk	Riskbedömning	Direktåtgärd	Slutdatum
Risk för att stödpersonsarvoden utbetalas på felaktiga grunder. Periodicitet År	 Hög (8) Konsekvens 4. Allvarlig Sannolikhet 2. Medelhög	Vidareutveckling av rapportblankett för stödpersonernas rapportering av genomfört uppdrag.	2026-01-31
		Vidareutveckling av rutin för kontroll av pågående stödpersonsuppdrag.	2026-03-31
		Utveckling av rutin för kontroll av genomförande av stödpersoners besök vid psykiatrins avdelningar.	2026-03-31
		Utredning av andra sätt för stödpersonerna att rapportera sina uppdrag.	2026-03-31

Personal

Risk	Riskbedömning	Direktåtgärd	Slutdatum
Risk för att bristande ledarskap inte identifieras och kommuniceras i organisationen. Periodicitet År	 Hög (8) Konsekvens 4. Allvarlig Sannolikhet 2. Medelhög	Utveckling av rutin för kommunikation med förvaltningens medarbetare rörande organisationens ledarskap utan att enskild medarbetares synpunkt kan härledas till individ.	2026-12-31

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskbedömning	Direktåtgärd	Slutdatum
Risk för att Patientnämnden inte har tillräckligt många stödpersoner för att täcka behovet. Periodicitet År	 Hög (9) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 3. Hög	Utarbetande av plan för att kontinuerligt rekrytera nya stödpersoner.	2026-03-31

5 Tolererade risker

Att tolerera en risk innebär att andra risker är mer väsentliga eller effektfulla att jobba med just nu. I det fallet planeras inga konkreta åtgärder eller kontroller just nu men genom att risken har dokumenterats så kan den omvärderas vid ett senare tillfälle och hanteras annorlunda vid behov.

Information och IT

Risk	Riskbedömning	Hantering
Risk för att personuppgiftsincidenter inte rapporteras i enlighet med lagstiftningen. Periodicitet År	 Låg (3) Konsekvens 3. Kännbar Sannolikhet 1. Låg	

Personal

Risk	Riskbedömning	Hantering
Risk för att lägre bemanning leder till högre arbetsbelastning på förvaltningschef, vilket resulterar i en upplevelse av ledningsvacuum hos förvaltningens personal. Periodicitet År	 Medium (4) Konsekvens 2. Lindrig Sannolikhet 2. Medelhög	

6 Bilaga 1. Risker som hanteras på annat sätt

Nedan redovisas de risker som redan hanteras genom ett systematiskt arbete och som därför inte valts ut som risker som ska ingå i nämndens internkontrollplan.

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskbedömning	Hantering
Risk för onödigt långa handläggningstider i såväl patientärenden som stödpersonsärenden som ett resultat av minskad bemanning. Ansvarig verksamhet Patientnämndens förvaltning Periodicitet År	 Medium (4) Konsekvens 2. Lindrig Sannolikhet 2. Medelhög	Redovisning av handläggningstider sker i samband med verksamhetsrapport som halvårs lämnas till nämnden.