

## Återrapport avseende Plan för intern kontroll 2021

Utdrag ur Plan för intern kontroll inklusive riskanalys, Dnr 2021-11A, fastställd av Patientnämnden 2021-02-09:

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontroll-aktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Rapporterings-ansvarig	Tidpunkt för rapport till patientnämnden
<i>Vilken är risken som har identifierats?</i>	<i>1. Osannolik 2. Mindre sannolik 3. Möjlig 4. Sannolik</i>	<i>1. Försumbar 2. Måttlig 3. Betydande 4. Allvarlig</i>	<i>Sannolikhet x konsekvens</i>	<i>Vad ska kontrolleras? Avgränsad aktivitet för att göra kontroll</i>	<i>Hur? Fullständig kontroll eller stickprov? När görs kontrollen?</i>	<i>Ansvar för att kontrollen genomförs och rapporteras till nämnden</i>	<i>Ansvarar för att kontrollen genomförs och rapporteras till kontrollansvarig</i>	<i>Ange tidpunkt för rapportering, lämpligen i samband med delårs- eller årsrapportering</i>
<b>Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet</b>								
Risk för att tillgänglighet till patientnämnden och dess förvaltning inte kan upprätthållas för kontakt rörande stödpersonsuppdrag.	2	3	6	Kontinuerlig kontroll av bemanning på såväl kansli som i hemmiljö.  Rutin för hur arbetet bedrivs på distans finns. Kontinuerlig kontroll av rutinens funktionalitet.	Veckovis kontroll av bemanning. Veckovis vidareutveckling av rutiner. Daglig kommunikation.	Kanslichef/ förvaltningschef	All personal	Tertialvis rapport till Patientnämnden.
Risk för brister/missar i den dagliga administrationen i samband med hemarbete.	3	3	9	Kontinuerlig kontroll av bemanning på såväl kansli som i hemmiljö.  Rutin för hur arbetet bedrivs på distans finns. Kontinuerlig kontroll av rutinens funktionalitet.	Veckovis kontroll av bemanning. Veckovis vidareutveckling av rutiner, Daglig kommunikation.	Kanslichef/ förvaltningschef	All personal	Tertialvis rapport till Patientnämnden.
Risk för långa handläggningstider av patientärenden på grund av fördröjningar inom vården.	3	2	6	Uppföljning av antal påminnelser som görs på begärda yttranden.  Uppföljning av vilka enheter som inte besvarat en begäran om yttrande inom avsatt tid.	Följs upp och rapporteras till nämnden kvartalsvis.	Kanslichef/ förvaltningschef	Utsedd handläggare	Tertialvis rapport till Patientnämnden.  Rapport till IVO två gånger per år.
Risk för att uppdraget att utse stödpersoner ej kan verkställas på grund	3	3	9	Dialog med Psykiatriska klinikerna samt Infektionskliniken om vikten av fungerande kommunikation.	Kontroll av att dialog genomförts och av resultat av	Kanslichef/ förvaltningschef	Kanslichef/ förvaltningschef	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontroll-aktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Rapporterings-ansvarig	Tidpunkt för rapport till patientnämnden
av att intagningsbesked från psykiatrin uteblir.				I samarbete med Psykiatriska klinikerna driva frågan om metod för säker överföring av intagningsbesked.	dialog och samarbete.			
Risk för otydliga roller och ansvar inom förvaltningen.	2	3	6	Kontroll av hur medarbetare uppfattar sina uppgifter och sina mandat.	Fullständig kontroll. Genomförs i samband med medarbetarsamtal.	Kanslichef/ förvaltningschef	All personal	Tertialvis rapport till Patientnämnden.
<b>Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten</b>								
Risk att beslut i nämnden tas på bristande eller felaktiga underlag.	2	4	8	Kontroll av planering och genomförande av beredningsarbete i kansliet.  Kontroll av patientnämndens uppfattning om beslutsunderlag.	Utvärdering av former för beredningsarbete i kansliet. Utvärdering av underlag som lämnats till nämnden.	Kanslichef/ förvaltningschef	All personal. Nämndens ledamöter.	Rapport samt gemensam utvärdering efter årsskifte.
Risk för utebliven återföring till vården.	2	3	6	Kontroll av genomförda återföringar.	Sammanställning av genomförda återföringar under året.	Kanslichef/ förvaltningschef	Utsedd handläggare	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.
Risk för bristande kvalitet på underlag vid återföring till vården.	2	3	6	Kontroll av kvaliteten på genomförda återföringar.	Undersökning/enkät ställd till mottagare av återföring.	Kanslichef/ förvaltningschef	Utsedd handläggare	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.
<b>Följsamhet till lagar och regler</b>								
Risk för bristfällig hantering av personuppgifter utifrån förändrad lagstiftning (GDPR).	2	4	8	Kompletterande utbildning i GDPR.	Planeras in under våren 2021.	Kanslichef/ förvaltningschef	Kanslichef/ förvaltningschef	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.
Risk för personuppgifts-incidenter.	2	4	8	Sammanställning av upprättade personuppgiftsincidenter.	Kontroll i samband med årsskifte.	Kanslichef/ förvaltningschef	Kanslichef/ förvaltningschef	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.

**Rapport:**

Risk	Kontroll-aktivitet	Metod och frekvens	Rapport
Risk för att tillgänglighet till patientnämnden och dess förvaltning inte kan upprätthållas för kontakt rörande stödpersonsuppdrag.	Kontinuerlig kontroll av bemanning på såväl kansli som i hemmiljö.  Rutin för hur arbetet bedrivs på distans finns. Kontinuerlig kontroll av rutinens funktionalitet.	Veckovis kontroll av bemanning. Veckovis vidareutveckling av rutiner. Daglig kommunikation.	Patientnämndens förvaltning genomför fredag morgon varje vecka ett planeringsmöte inför kommande vecka. Vid mötet går förvaltningen igenom bemanning på såväl kansliet som i hemmiljö för att säkerställa att det finns personal som handlägger såväl administrativa funktioner som handläggning av patientärenden och stödpersonsuppdrag. Funktioner och rutiner prövas och omarbetas kontinuerligt för att svara mot uppdragets behov av kompetens. Utöver det möte som genomförs varje fredag morgon har under året möten lagts in så att förvaltningens personal träffats vid videomöten varje dag. Vid dessa möten stäms behov och bemanning av för aktuell dag. Under året har formerna för kontakt och samverkan förändrats utifrån behov förändrade förutsättningar.
Risk för brister/missar i den dagliga administrationen i samband med hemarbete.	Kontinuerlig kontroll av bemanning på såväl kansli som i hemmiljö.  Rutin för hur arbetet bedrivs på distans finns. Kontinuerlig kontroll av rutinens funktionalitet.	Veckovis kontroll av bemanning. Veckovis vidareutveckling av rutiner. Daglig kommunikation.	Se ovan.
Risk för långa handläggningstider av patientärenden på grund av fördröjningar inom vården.	Uppföljning av antal påminnelser som görs på begärda yttranden.  Uppföljning av vilka enheter som inte besvarat en begäran om yttrande inom avsatt tid.	Registreras kontinuerligt i VSP 2.0.  Rapporteras till IVO 2 gånger per år.	Förvaltningen registrerar kontinuerligt alla påminnelser som görs på begärda yttranden i VSP 2.0. Detta sammanställs och redovisas för Patientnämnden. IVO tillställs sammanställning av påminnelser under årets åtta första månader i september 2021 och för årets sista fyra månader i januari 2022.  Under 2021 har minst en påminnelse behövt skickas ut i 37% av de ärenden där ett skriftligt yttrande begärts. Vissa av dessa har behövt påminnas ett flertal gånger. I ett begränsat antal ärenden har inget yttrande inkommit trots fyra påminnelser. I dessa fall har anmälaren hänvisats till IVO.
Risk för att uppdraget att utse stödpersoner ej kan verkställas på grund av att intagnings-besked från psykiatri utblir.	Dialog med Psykiatriska klinikerna samt Infektionskliniken om vikten av fungerande kommunikation.  I samarbete med Psykiatriska klinikerna driva frågan om metod för säker överföring av intagningsbesked.	Kontroll av att dialog genomförts och av resultat av dialog och samarbete.	Under 2021 har rutinen för överföring av information om att patient vill ha en stödperson, att tvångsvården upphört etc förändrats. Under året har de tre psykiatriska klinikerna övergått till att kommunicera via kryperad mail. Detta fungerar väl och samarbetet mellan Psykiatriska klinikerna och Patientnämnden är väl fungerande.

Risk	Kontroll-aktivitet	Metod och frekvens	Rapport
Risk för otydliga roller och ansvar inom förvaltningen.	Kontroll av hur medarbetare uppfattar sina uppgifter och sina mandat.	Kontroll genomförs i samband med medarbetarsamtal.	Fördelning och beskrivning av roller och ansvar finns. Kontrollen är dock ej fullständigt genomförd.
Risk att beslut i nämnden tas på bristande eller felaktiga underlag.	Kontroll av planering och genomförande av beredningsarbete i kansliet.  Kontroll av patientnämndens uppfattning om beslutsunderlag.	Utvärdering av former för beredningsarbete i kansliet. Utvärdering av underlag som lämnats till nämnden.	Patientnämndens förvaltning utvecklar kontinuerligt formerna för beredningsarbetet i form av kontinuerlig reflektion och förbättring av processerna. Utvärdering i nämnden har inte genomförts enligt plan.
Risk för utebliven återföring till vården.	Kontroll av genomförda återföringar.	Sammanställning av genomförda återföringar under året.	Återrapporterades vid Patientnämndens sammanträde 2021-09-16, Dnr 2021-85A.
Risk för bristande kvalitet på underlag vid återföring till vården.	Kontroll av kvaliteten på genomförda återföringar.	Undersökning/enkät ställd till mottagare av återföring.	Ej genomförd som enkät utan som en bedömning i samband med återföring. Generellt uttrycker sig mottagare av återföring i positiva termer.
Risk för bristfällig hantering av personuppgifter utifrån förändrad lagstiftning (GDPR).	Kompletterande utbildning i GDPR.	Planeras in under våren 2021.	Ej genomförd under 2021, bla på grund av pandemin. Genomförs på fredagstid som avsatts för kompetensutveckling under vårvinter 2022.
Risk för personuppgifts-incidenter.	Sammanställning av upprättade personuppgiftsincidenter.	Kontroll i samband med årsskifte.	Under 2021 har fem personuppgiftsincidenter upprättats. I samtliga fall har det handlat om att information skickats till Patientnämnden på ett sätt som kunnat röja personuppgifter eller som Patientnämnden inte skulle haft, alltså felskickat.