

**§ 13 Hälso- och sjukvårdsnämndens interkontrollplan 2021  
HSN 25-2021****Sammanfattning**

I enlighet med riktlinjer för intern kontroll i region Västerbotten ska styrelser och nämnder varje år ta fram en internkontrollplan för styrelsens eller nämndens verksamhet. Som underlag till planen görs en riskanalys för att identifiera de största riskerna för att inte uppnå en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, tillförlitlig information och rapportering om verksamheten samt följsamhet till lagar och regler. I riskanalysen görs en bedömning av risk och konsekvens och med det erhållna riskvärdet som underlag tas kontrollaktiviteter fram. I internkontrollplanen fastställs även vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollen, vilken funktion som ansvarar för genomförandet och när kontrollen ska återrapporteras till nämnden. Förslag på interkontrollplan och riskanalys för 2021 har upprättats.

**Förslag till beslut**

Arbetsutskottet föreslår att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

Plan för internkontroll inklusive riskanalys fastställs.

**Beslut**

Plan för internkontroll inklusive riskanalys fastställs.

**Beslutsunderlag**

- Protokollsutdrag UPT internkontroll
- §6 Internkontrollplan 2021 UFS
- Plan för intern kontroll HSN 2021\_utkast till politiken 210113
- Riskanalys 2021 HSN\_utkast till politiken 210113
- §10 Hälso- och sjukvårdsnämndens interkontrollplan 2021
- §5 Internkontrollplan 2021
- §6 Internkontrollplan 2021
- Plan för intern kontroll inklusive riskanalys HSN 2021\_utkast till politiken 210126

# Plan för intern kontroll inklusive riskanalys

Nämnd/styrelse: Hälso- och sjukvårdsnämnden

Gäller år: 2021

DNR: HSN 25–2021

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-02-18, §13

## Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för att säkerställa en god intern kontroll inom sitt ansvarsområde. Ansvaret innebär bland annat att fastställa en plan för intern kontroll för nämndens verksamhet samt styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet. Planen följer det reglemente för intern kontroll som fullmäktige har fastställt, de regionövergripande riktlinjer för intern kontroll som regionstyrelsen har fastställt samt hälso- och sjukvårdsnämndens anpassade riktlinjer för intern kontroll.

## Uppföljning/rapportering

Nämnden/styrelsen ska löpande, eller minst en gång per år i samband med årsrapporten, följa upp kontrollaktiviteter i enlighet med den interna kontrollplanen. Av redovisningen ska framgå:

- När och hur kontrollaktiviteterna har genomförts
- Resultat av kontrollaktiviteterna
- Åtgärder som eventuellt har och ska vidtas med anledning av resultatet.

I de fall brott förekommit eller allvarligare brister i den interna kontrollen bedöms föreliggande ska detta omedelbart rapporteras till nämnden.

### **Tabellbeskrivning**

I nedanstående tabell redovisas nämndens riskbedömning utifrån tre huvudområden:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
- Följsamhet till lagar och regler

Inom varje område har nämnden lyft fram och värderat risker som bedömts ha störst påverkan för nämndens möjligheter att uppfylla de mål som fullmäktige har fastställt och för att genomföra nämndens verksamhetsplan. Värderingen av riskerna görs enligt en fyrgradig skala avseende sannolikhet att en risk inträffar samt konsekvensen av den inträffade risken. Dessa värden multipliceras vilket ger ett riskvärde. En rekommendation enligt regionstyrelsens riktlinjer för intern kontroll är att risker med värdet 6 och över bör följas upp med en kontrollaktivitet. Vid bedömning av vilka risker som följs upp med en kontrollaktivitet görs även en bedömning som utöver riskvärderingen tar hänsyn till genomförbarhet, kontrollaktivitetens kostnad och effektivitet. I tabellen redovisas också den metod som ska användas vid kontrollaktivitetens genomförande samt när kontrollen ska genomföras. Med kontrollansvarig menas den funktion som ansvarar för rapportering till nämnden samt i förekommande fall redovisar förslag till åtgärder och/eller genomförda åtgärder för att rätta till identifierade brister. Rapporteringsansvarig är den funktion som ansvarar för att underlag för kontrollen tas fram och redovisas för den kontrollansvarige.

## Plan för intern kontroll 2021 – Hälso- och sjukvårdsnämnden

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Risikägare	Kontrollutförare	Tidpunkt
<i>Vilken är risken som har identifierats?</i>	1-4	1-4	1-16	<i>Vad ska kontrolleras? Avgränsad aktivitet för att göra kontroll</i>	<i>Hur? Fullständig kontroll eller stickprov? När görs kontrollen?</i>	<i>Funktion med övergripande ansvar för risk och vidtagande av åtgärder</i>	<i>Funktionen som har ansvar för att kontroll genomförs och rapporteras</i>	<i>Tidpunkt för rapportering till nämnd</i>

### Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Risk för ökad byggnadsrelaterad ohälsa och driftstörningar på grund av eftersatt fastighetsunderhåll	4	4	16	Kontroll av antal ärenden av byggnadsrelaterad ohälsa i regionen	Fullständig kontroll	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Verksamhetschef fastighet	Årsrapport
Risk att eftersökta bristkompetenser inte går att rekrytera	3	4	12	Kontroll av antal avgångar före 65 års ålder	Fullständig kontroll för 2020	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Enhetschef kompetensutveckling och rekrytering	Årsrapport
Risk för uteblivna effekter av digitalisering	3	4	12	Kontroll av uppnådd effekt jämfört med plan	Fullständig kontroll	Digitaliseringsdirektör	Biträdande portföljförvaltare	Årsrapport
Risk att överföring av arbetsuppgifter till primärvård från sjukhusvård inte följer en ordnad process för överförande av verksamhet	3	3	9	Kontroll om arbetsuppgifter till primärvård från sjukhusvård förts över utifrån framtagen mall för ordnad process	Fullständig kontroll av följsamhet till mall	Direktör ledningsstaben	Enhetschef beställarenheten	Årsrapport

Risk för bristande ledarskap	3	4	12	Kontroll av antal chefer i första linjen med fler än 35 direkt underställda medarbetare	Fullständig kontroll genomförs i december	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Enhetschef kompetensutveckling och rekrytering	Årsrapport
Risk att inte kunna behålla status som universitetssjukhus	2	4	8	Kontroll av antal chefer med påbörjat uppdrag 2018 som har genomgått ledarutvecklingsprogram	Fullständig kontroll genomförs i december	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	FoU-stab	Årsrapport
Risk för ökade kostnader på grund av tillgängliga avtal och möjligheter till upphandling	3	3	9	Kontroll av andelen enheter som vid förnyad granskning uppfyller kriterierna för universitetssjukvårds status	Fullständig kontroll	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Avdelningschef strategiskt inköp	Årsrapport
Risk att arbetsmiljön försämras	3	3	9	Kontroll av upphandlingsledtid	Stickprov genom granskning av 18 verksamheter	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Enhetschef arbetsmiljö	Delårsrapport per augusti
				Kontroll att fördelning av arbetsmiljöuppgifter sker enligt rutin	Stickprov genom granskning av tolv skyddskommittéer			Årsrapport

Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Risk att politiska beslut tas på bristande underlag	2	3	6	Kontroll att tjänsteskrivelse används vid beredande av ärenden inför nämndbeslut	Stickprov av 20 styrelsebeslut fattade december-maj respektive juni-november	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Nämndsekreterare	Delårsrapport per augusti samt årsrapport		
<b>Följsamhet till lagar och regler</b>										

Kontrollen består av följande kontrollpunkter:

- Har en ny dataskyddsorganisation har implementerats?
- Samordnas dataskyddsarbetet och följs detta upp?
- Har nödvändiga styrande dokument (policy/strategi/riktlinjer) upprättats?

Risk att personuppgifter behandlas i strid med dataskyddsförordningen	3	4	12		Fullständig kontroll, genomförs i december	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Dataskyddsombud regionstyrelsen	Årsrapport
---	---	---	----	--	--	------------------------------	---------------------------------	------------

Risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande miljö och brand	3	3	9	Kontroll att verksamhetens systematiska miljö- och brandskyddsarbete sker enligt rutin	Stickprov av fyra verksamheter	Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Säkerhetsamordnare brandskydd samt Miljösamordnare	Årsrapport
---	---	---	---	--	--------------------------------	------------------------------	--	------------

## Bilaga 1 – Riskanalys för hälso- och sjukvårdsnämnden inför framtagande av plan för intern kontroll 2021

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Internkontrollaktivitet	Hantering på annat sätt	Accept av risk/ingen åtgärd
<b>Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet</b>						
Risk för ökad byggnadsrelaterad ohälsa och driftstörningar på grund av eftersatt fastighetsunderhåll	4	4	16	Ja		
Risk att beslut om investering tas på bristande ekonomiska underlag	2	4	8	Nej	Risken hanteras inom den process för investeringar som är under framtagande/framtagen	
Risk att det sker vårdskador	4	3	12	Nej	Risken hanteras genom det ordinarie systematiska patientsäkerhetsarbetet (handlingsplan patientsäkerhet och patientsäkerhetsberedelse)	
Risk att eftersökta bristkompetenser inte går att rekrytera	3	4	12	Ja		
Risk för bristande ledarskap	3	4	12	Ja		
Risk att budgetavvikelser inte åtgärdas eller att åtgärder inte får effekt	3	4	12	Nej	Risken hanteras genom kontinuerlig uppföljning av basenheternas ekonomi.	
Risk för uteblivna effekter av digitalisering	3	4	12	Ja		
Risk att överföring av arbetsuppgifter till primärvård från sjukvård inte följer en ordnad process för överförande av verksamhet	3	3	9	Ja		

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Internkontrollaktivitet	Hantering på annat sätt	Accept av risk/ingen åtgärd
Risk att patientens väg inte är tydlig	3	4	12	Nej		Ingen kontrollaktivitet försåls i plan för intern kontroll 2021 då förutsättningar inte bedöms för en meningsfull kontroll, eventuell omprövning görs i samband med riskanalys inför internkontrollplan 2022.
Risk för ökade kostnader pga tillgängliga avtal och möjligheter till upphandling	3	3	9	Ja		
Risk att inte kunna behålla status som universitetssjukhus	2	4	8	Ja		
Risk att godtagbar kvalitetsstandard i verksamheter inte upprätthålls	2	3	6	Nej	Risken hanteras i verksamheternas kvalitetsmål, bla kopplat till patientsäkerhet, och uppföljning av dessa	
Risk att arbetsmiljön försämras	3	3	9	Ja		Ingen kontrollaktivitet försåls i plan för intern kontroll 2021 då förutsättningar inte bedöms för en meningsfull kontroll, eventuell omprövning görs i samband med riskanalys inför internkontrollplan 2022.
Risk att medarbetare inte utvecklas	3	3	9	Nej		
<b>Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten</b>						
Risk att politiska beslut tas på bristande underlag	2	4	8	Ja		



Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Internkontrollaktivitet	Hantering på annat sätt	Accept av risk/Ingen åtgärd
Risk för att viktig information inte når fram till andra vårdnivåer	2	3	6	Nej		Ingen kontrollaktivitet försås i plan för intern kontroll 2021 då förutsättningar inte bedöms för en meningsfull kontroll, eventuell omprövning görs i samband med riskanalys inför internkontrollplan 2022.
Risk för att tydlig styrmodell saknas	3	2	6	Nej	Risken hanteras inom ramen för det pågående uppdraget att ta fram ny styrmodell.	
<b>Följsamhet till lagar och regler</b>						
Risk för att vårdgarantin inte kan uppfyllas	3	2	6	Nej	Risken hanteras genom ordinarie uppföljning av nämndens verksamhetsplan och handlingsplan för tillgänglighet.	
Risk för smitta i slutenvården	2	3	6	Nej	Risken hanteras genom det ordinarie systematiska patientsäkerhetsarbetet samt smittskydds och vårdhygiens löpande arbete	
Risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande miljö och brand	3	3	9	Ja		
Risk att personuppgifter behandlas i strid med dataskyddsförordningen (GDPR)	3	4	12	Ja		

## Bilaga 2 – Kriterier för riskbedömning och riskvärdering

### Riskbedömning

<b>Sannolikhet</b> <i>Sannolikhet för att fel uppstår</i>		<b>Konsekvens</b> <i>Påverkan om fel uppstår</i>	
1	<b>Osannolik</b> Risken är praktiskt taget obefintlig att fel uppstår	1	<b>Försumbar</b> Är obetydliga/mindre för olika intressenter <sup>1</sup> och/eller Region Västerbotten
2	<b>Mindre sannolik</b> Risken är liten att fel uppstår	2	<b>Måttlig</b> Uppfattas som liten av intressenter och/eller Region Västerbotten
3	<b>Möjlig</b> Det finns risk för att fel uppstår, men troligtvis inte särskilt frekvent	3	<b>Betydande</b> Omfattande störningar i verksamheten och avvikelser som kan påverka intressenter och allmänhetens förtroende
4	<b>Sannolik</b> Det är mycket troligt att fel uppstår	4	<b>Allvarlig</b> Omfattande konsekvenser som inte får inträffa

### Riskvärdering

		Sannolikhet			
Konsekvens	4	8	12	16	
	3	6	9	12	
	2	4	6	8	
	1	2	3	4	

<sup>1</sup> Medborgare, patienter, medarbetare, kunder med flera

