

Plan för intern kontroll inklusive riskanalys

Nämnd/styrelse: Patientnämnden

Gäller år: 2021

DNR: 2021-11A

Fastställd av Patientnämnden 2021-02-09

Bakgrund

Patientnämnden 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 patientnämndens 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 allvarigare brister i den interna kontrollen bedöms föreligga ska detta omedelbart rapporteras till nämnden.

Tabellbeskrivning

I nedanstående tabell redovisas patientnämndens 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 patientnämndens 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 – Patientnämnden

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontroll-aktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Rapporterings-ansvarig	Tidpunkt för rapport till patientnämnden
Vilken är risken som har identifierats?	1. Osannolik 2. Mindre sannolik 3. Möjlig 4. Sannolik	1. Försämbar 2. Måttlig 3. Betydande 4. Allvarlig	Sannolikhet x konsekvens	Vad ska kontrolleras? Avgränsad aktivitet för att göra kontroll	Hur? Fullständig kontroll eller stickprov? När görs kontrollen?	Ansvar för att kontrollen genomförs och rapporteras till nämnden	Ansvarar för att kontrollen genomförs och rapporterar till kontrollansvarig	Ange tidpunkt för rapportering, lämpligen i samband med delårs- eller årsrapportering

Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

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.

Kanslichef/
 förvaltningschef

All personal

Tertialvis rapport till Patientnämnden.

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.

Kanslichef/
 förvaltningschef

All personal

Tertialvis rapport till Patientnämnden.

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.

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 av att intagningsbesked från psykiatrin uteblir.

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 genomförs och av resultat av dialog och samarbete.

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
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.

Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

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. Sammanställning av genomförda återföringar under året.	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.		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.

Följsamhet till lagar och regler

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 personuppgiftsincidenter.	2	4	8	Sammanställning av upprättade personuppgiftsincidenter.	Kontroll i samband med årsskifte.	Kanslichef/förvaltningschef	Kanslichef/förvaltningschef	Rapport till Patientnämnden efter årsskifte.

Bilaga 1 – Riskanalys för patientnämnden inför framtagande av plan för intern kontroll 2020

Risk	Sannolikhet 1. Osannolik 2. Mindre sannolik 3. Möjlig 4. Sannolik	Konsekvens 1. Försumbar 2. Måttlig 3. Betydande 4. Allvarlig	Riskvärde Sannolikhet x konsekvens	Kontrollaktivitet
<i>Vilken är risken som har identifierats?</i>				<i>Följs risken i internkontrollplan? Följs risken på annat sätt?</i>
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet				
Risk för bristande kännedom om patient-nämnden och dess förvaltning hos allmänheten.	3	3	9	Beaktas i verksamhetsplan 2021.
Risk för att tillgänglighet till patientnämnden och dess förvaltning inte kan upprätthållas för anmälan av patientärenden.	2	2	4	
Risk för att tillgänglighet till patientnämnden och dess förvaltning inte kan upprätthållas för kontakt rörande stödpersonsuppdrag.	2	3	6	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för att tillgänglighet till patientnämnden och dess förvaltning inte kan upprätthållas för kontakt rörande administrativa frågor.	2	2	4	
Risk för brister/missar i den dagliga administrationen i samband med hemarbete.	3	3	9	
Risk för långa handläggningstider av patientärenden på grund av faktorer inom förvaltningen.	2	2	4	
Risk för långa handläggningstider av patientärenden på grund av fördröjningar inom vården.	3	2	6	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för långa handläggningstider av stödpersonsändringen på grund av faktorer inom förvaltningen.	2	3	6	
Risk för att uppdraget att utse stödpersoner ej kan verkställas på grund av att intagningsbesked från psykiatrin uteblir.	3	3	9	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för att stödpersoner inte får adekvat utbildning/handledning med resultatet att patienter blir lidande.	2	2	4	
Risk för att onödiga kostnader uppstår. Bristande kostnadseffektivitet.	2	3	6	
Risk för otydliga roller och ansvar inom förvaltningen.	2	3	6	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för försämrad psykosocial arbetsmiljö inom förvaltningen.	2	4	8	Beaktas i arbetsmiljöplan.
Risk för känsla av isolering vid arbete i hemmiljö.	3	3	9	Beaktas i arbetsmiljöplan.
Risk för känsla av stress/psykisk belastning/utsatthet vid arbete i hemmiljö.	3	3	9	Beaktas i arbetsmiljöplan.
Risk för bristande fysisk arbetsmiljö för förvaltningens personal vid arbete på kansliet.	3	4	12	Beaktas i arbetsmiljöplan.
Risk för bristande fysisk arbetsmiljö vid arbete i hemmiljö.	3	4	12	Beaktas i arbetsmiljöplan.
Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten				
Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till patientnämnden.	2	2	4	
Risk att beslut i nämnden tas på bristande eller felaktiga underlag.	2	4	8	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för utebliven återföring till vården.	2	3	6	Beaktas i plan för intern kontroll.

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kontrollaktivitet
Risk för bristande kvalitet på underlag vid återföring till vården. Följsamhet till lagar och regler	2	3	6	Följs i plan för intern kontroll.
Risk för fördröjd handläggning av leverantörsfakturer.	2	2	4	
Risk för felaktig handläggning av leverantörsfakturer.	2	3	6	
Risk för att fakturaunderlag handläggs på felaktigt sätt.	2	3	6	
Risk för bristfällig hantering av personuppgifter utifrån förändrad lagstiftning (GDPR)	2	4	8	Beaktas i plan för intern kontroll.
Risk för personuppgiftsincidenter	2	4	8	Beaktas i plan för intern kontroll.

Bilaga 2 – Kriterier för riskbedömning och riskvärdering

Riskbedömning

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

¹ Medborgare, patienter, medarbetare, kunder med flera