













UTKAST! Internkontrollplan 2025 (Patientnämnden)

Varje nämnd och styrelse har ansvar för att det finns en tillräcklig intern kontroll i verksamheten. Det innebär att det behöver finnas strukturer, system och processer för **internkontrollplanen** på de politiska målområdena. **Chefen har ansvar** att samordna och driva arbetet med den interna kontrollen inom sin organisation samt att rapportera till styrelse eller nämnd. I arbetet med att förbättra och utveckla verksamhet samt rapportera avvikelser och risker är alla anställda involverade i den interna kontrollen, i checklistor och kontrollmoment. För flera verksamheter och funktioner finns lagar eller förordningar* som reglerar ansvar för och krav på riskanalys, avvikelserapportering, egen kontroll med mera inom vård och omsorg, säkerhetsarbete och arbetsmiljö. Egenkontrollen, enhetens styrning i den operativa verksamheten är grundstenen i den interna kontrollen

FRÅN INTERNKONTROLLPLAN 2024

| Uppdrag | Risk | Konsekvensbeskrivning | Åtgärd | Kommentar |
|---|---|---|---|--|
| ♦ Patientnämnden ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet. | ■ Att patienter som har rätt till stödperson inte erbjuds det | Bristande efterlevnad av lagstiftning. Bristande kunskap och kännedom | ▶ Kontinuerlig samverkan med område psykiatri | Fungerar tillfredsställande, inga avvikelser identifierade under 2024 |
| | ■ Att uppdraget för stödpersoner inte följs av stödperson (risk för patienter och för stödperson) | Hot och våld. Skada, lidande | Tydliggöra uppdragets innebörd inför samtliga nytillsättningar av uppdrag (skickas med tillförordnandet), stödperson undertecknar samtliga nya förordnanden. Begära utdrag från Brottsregistret innan rekrytering av stödperson sker. Obligatorisk E-utbildning vid rekrytering av ny stödperson. | Fungerar tillfredsställande, inga avvikelser identifierade under 2024 |
| ♦ Patientnämnden ska bidra till hög patientsäkerhet och kvalitetsutveckling | ■ Att patienter inte får svar av vårdgivare (inom 4 veckor, 2 veckor när det gäller barn) | Minskad trovärdighet till patientnämnden. Ökat missnöje på vårdgivare. Negativ inverkan på arbetsmiljö Hög arbetsbelastning hos vårdgivare (tidsbrist). Klagomålshantering prioriteras inte. Otillräcklig kunskap om klagomålshantering. | ▶ Följa rutin: Hantering av uteblivet yttrande från vårdgivare: https://centuri/RegNo/51720 Se över möjligheter att kommunicera digitalt med vårdgivare (via SDK, Säker Digital Kommunikation). Avvikelse rapportering | Några avvikelser har identifierats, och rutinen kommer att lyftas i grupperingen för klagomålsprocessen under hösten 2024 för att identifiera bakomliggande orsaker till uteblivna svar och förbättringsmöjligheter. |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p> God arbetsmiljö och främja medarbetares hälsa</p> | <p> Risk för hot/våld i samband med kontakter med medborgare</p> | <p>Negativ påverkan på arbetsmiljö och hälsa. Skada, lidande</p> | <p> Följa lokal rutin hot och våld(https://centuri/RegNo/56623). Kontinuerlig dialog i arbetsgruppen.Samtliga medarbetare har personliga larm</p> | <p>Fungerar tillfredsställande. Under hösten 2024 kommer flytt av kontorslokaler ske till byggnad med inpasseringslås. Ensamarbete kommer då att minimeras.</p> |
| <p> Regionstyrelse och nämnder ska sträva efter och bidra till att Region Jämtland Härjedalen redovisar ett resultat bättre än budgeterat resultat</p> | <p> Dålig följsamhet till leverantörsavtal</p> | <p>Försämrade ekonomi, risk för vite vid användande av fel leverantör</p> | <p> Mer kontroll att avtal följs. Kolla avtalskatalogen innan inköp</p> | <p>Fungerar tillfredsställande. Kontroll mot avtalskatalog sker vid samtliga inköp</p> |
| | <p> Att tvångsvården upphör för en patient som har stödperson utan att patientnämnden informeras</p> | <p>Felaktiga utbetalningar</p> | <p> Stödpersonansvarig har regelbunden kontakt med sekreterare på psykiatri (ansvarig för tvångsvård) och stämmer av. Arvodeslistor kontrolleras varje månad av stödpersonansvarig och förvaltningschef</p> | <p>Fungerar tillfredsställande, inga avvikelser under 2024</p> |
| | <p> Ej korrekta arvoden och ersättningar till ledamöter</p> | <p>Felaktiga utbetalningar</p> | <p> Underlagen attesteras av förvaltningschef. Arvodeslistor kontrolleras varje månad.</p> | <p>Fungerar tillfredsställande, inga avvikelser under 2024.</p> |
| | <p> Att inte hålla budget i balans</p> | <p>Dålig följsamhet inom en verksamhet kan leda till att besparingar behöver göras inom annan verksamhet</p> | <p> Kontinuerliga uppföljningar av ekonomiskt resultat</p> | <p>Ekonomi är i balans, och ligger på ett överskott i augusti 2024</p> |

FÖRSLAG TILL INTERNKONTROLLPLAN 2025.

Utgår från uppdragen i patientnämndens verksamhetsplan 2025. Röd text= förslag från förvaltningen

| Uppdrag | Risk | Konsekvensbeskrivning | Åtgärd |
|---|--|--|---|
| <p>Upprätta åtgärdsplaner och arbeta enligt Långsiktig ekonomi i balans. Senast på fullmäktige i november 2024 ska regionstyrelsen och nämnder återredovisa åtgärdsplaner utifrån fastställd verksamhetsplan.</p> | <p>Risk för att behöva pausa förbättrings- och utvecklingsarbeten pga ekonomiska åtstramningar</p> | <p>Liten budgetram där 250 tkr utgörs av "övriga kostnader", av en total budget på 3,6 miljoner. Resterande kostnader är personalkostnader.</p> | <p>Regelbunden uppföljning av ekonomin</p> |
| <p>Regionstyrelsen och samtliga nämnder ska väva in effektiviseringar som en naturlig del i planerings-, budget- och uppföljningsarbetet</p> | <p>Verksamheter inom regionen ansluter sig inte till Säker digital kommunikation (SDK)</p> | <p>Effektiviseringen i vår verksamhet uteblir</p> | <p>Påtala behovet och vinster med SDK</p> |
| <p>Ökad samisk kulturkompetens</p> | | <p>Mänskliga rättigheter tillgodoses inte?</p> | <p>Fortsätta bevaka och delta i utbildningar och aktuella frågor inom området</p> |
| <p>Alla medarbetare på patientnämndens förvaltning ska ha den kompetens som krävs för utföra sitt uppdrag, och få möjlighet att upprätthålla och utveckla sin kompetens</p> | <p>Minskade möjligheter till kompetensutveckling, samverkan och nätverkande pga ekonomiska åtstramningar</p> | | |
| <p>God arbetsmiljö och främja medarbetares hälsa</p> | | | |
| <p>Tillgänglighet: patienter och närstående ska enkelt kunna komma i kontakt med patientnämnden</p> | | | |
| <p>Samverkan med hälso- och sjukvården, andra patientnämnder, IVO, politiska organ och övriga ska ske så att patienternas synpunkter och klagomål tillvaratas på bästa möjliga sätt.</p> | <p>Uteblivna svar från vårdgivare (inom 4 veckor, 2 veckor när det gäller barn)</p> <p>Bristande kunskap om patientnämndens uppdrag bland medborgare samt inom hälso- och sjukvården</p> | <p>Minskad trovärdighet till patientnämnden. Ökat missnöje på vårdgivare. Negativ inverkan på arbetsmiljö. Orsaker; Hög arbetsbelastning hos vårdgivare (tidsbrist). Klagomålshantering prioriteras inte. Otillräcklig kunskap om klagomålshantering. Synpunkter och klagomål ffa när det gäller kommuner uteblir</p> | <p>Aktivt delta i teamet för klagomålsprocessen</p> <p>Riktade informationsinsatser, utåtriktad verksamhet</p> <p>Aktiviteter enl VP 2025</p> |
| <p>Regionstyrelsen och samtliga nämnder ska minska sin miljö- och klimatpåverkan</p> | <p>Minskade möjligheter till kompetensutveckling, samverkan och</p> | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | nätverkande när digitala alternativ inte erbjuds | | |
|--|--|--|--|