

2020 Rapportering av plan och uppföljning intern kontroll

Nämnd/Styrelse

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden

Bedömningarna på färgskalan kan ses som en ny riskbedömning av kontrollområdena med beaktande av det interna kontrollarbete som har skett under året. Avvikelse i termer av diskrepans mot antingen övergripande mål (verksamhetsmässiga kontrollområden) eller ändamålsenlig hantering (rutinorienterade kontrollområden) illustreras av de olika färgerna.

Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet

Drivande utvecklingsaktör

Attraktiv arbetsgivare

Långsiktigt stark ekonomi

- 1) Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning
- 2) Upphandling och inköp
- 3) Kompetensförsörjning och bisysslor
- 4) Verkställighet beslut

P

DR

För rapportering i enlighet med RS uppsiktsplikt ska en samlad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.

ÅR



Uppgift saknas

13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera

9-12: Reducera riskerna - åtgärda

4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma

1-3: Inget agerande krävs - acceptera



Uppgift saknas

Större avvikelse

Avvikelse

Mindre avvikelse

Obetydlig avvikelse

Kommentar sammanfattning

Under kolumnerna P och DR redovisas endast bedömningen för Psykiatri och habilitering, då det var denna del som ingick i nämndens ansvarsområde vid tiden för fastställande av intern kontrollplan 2020 och delårsrapport 2020.

Under kolumn ÅR redovisas den sammanlagda bedömningen för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel då Verksamhetsområde hjälpmedel överfördes till förvaltningen den 1 september 2020 och följaktligen ingår i nämndens ansvarsområde vid tidpunkten för redovisningen för helåret 2020.

Sammanställning för psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, i enlighet med mall för rapportering till regionstyrelsen, har gjorts utifrån följande utgångspunkter:

Som underlag till sammanfattningen för helåret 2020 ingår sammanfattningar av de interna kontrollplanerna för tidigare förvaltning Psykiatri och habilitering och för Verksamhetsområde hjälpmedel, som sedan den 1 september 2020 ingår i förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Som grund för sammanfattningarna ligger Psykiatri och habiliterings interna kontrollplan och de delar av Regionservice interna kontrollplan som avser Verksamhetsområde hjälpmedel. Som bilaga till Verksamhetsområde hjälpmedels interna kontrollplan bifogas lista "utökade uppdrag hjm" där ytterligare kontrollmoment för ett antal områden som identifierats som relevanta för verksamheten framgår.

I sammanställning för nämnden som helhet har en viktning gjorts av bedömningarna i planerna för Psykiatri och habilitering och för Verksamhetsområde hjälpmedel. Som grund för viktningen har använts regionbidraget för 2020. Bedömningen för Psykiatri och habilitering har tillmätts större vikt med anledning av att regionbidraget är avsevärt större än det för Verksamhetsområde hjälpmedel. Regionbidraget 2020 för respektive del är:

Psykiatri och habilitering:	3 258 mkr	viktning	92%
VO hjälpmedel:	290 mkr	viktning	8 %
Totalt:	3 549 mkr		100%

Bedömning av resultatet för respektive kontrollområde har gjorts utifrån de färgmarkeringar som anges i mallen. Efter helåret görs ingen ny bedömning av sannolikhet och konsekvens eftersom det faktiska resultatet då är känt. För att kunna göra sammanställningar för de två ingående delarna (Psykiatri och habilitering respektive Verksamhetsområde hjälpmedel) och för förvaltningen som helhet, har en siffra använts som komplement till färgmarkeringen. Siffran utgår från det högsta värdet i intervallet för respektive färg enligt mallen för risk- och väsentlighetsbedömning, grön=3, gul=8, orange=12 och röd=16. Utifrån den angivna siffran för respektive delområde har sammanvägningar gjorts för Psykiatri och habiliterings interna kontrollplan och för Verksamhetsområde hjälpmedels interna kontrollplan. Utifrån resultatet har sedan viktning gjorts för förvaltningen som helhet.

2020 Utvärdering av internkontrollarbetet

Nämnds/styrelses rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den interna kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive område/fråga ska färgindikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.

Kontrollmiljö

Ansvar och befogenheter tydliggjorda - Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden antagit regler och anvisningar för den interna kontrollen?

P	DR		ÅR	
		Uppgift saknas		Uppgift saknas
		Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll		Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
		Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll		Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
		Förbättringsområden finns		Förbättringsområden finns
		Tillfredsställande		Tillfredsställande
				

Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras - Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut?

Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys - Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?

Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen - Hur hanteras information/kommunikation inom organisationen och hur sker återrapporering på olika nivåer?

Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen - Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?

Kommentar sammanfattning

Under kolumnerna P och DR redovisas endast bedömningen för Psykiatri och habilitering, då det var denna del som ingick i nämndens ansvarsområde vid tiden för fastställande av intern kontrollplan 2020 och delårsrapport 2020.

Under kolumn ÅR redovisas den sammanlagda bedömningen för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel då Verksamhetsområde hjälpmedel överfördes till förvaltningen den 1 september 2020 och följaktligen ingår i nämndens ansvarsområde vid tidpunkten för redovisningen för helåret 2020.

För kommentarer, se sammanfattningarna för Psykiatri och habilitering respektive Verksamhetsområde hjälpmedel.

2020 Rapportering av plan och uppföljning intern kontroll		P	DR	För rapportering i enlighet med RS uppsiktsplikt ska en samlad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.		ÅR		
	Nämnd/Styrelse Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden Psykiatri och habilitering Bedömningarna på färgskalan kan ses som en ny riskbedömning av kontrollområdena med beaktande av det interna kontrollarbetet som har skett under året. Avvikelse i termer av diskrepans mot antingen övergripande mål (verksamhetsmässiga kontrollområden) eller ändamålsenlig hantering (rutinorienterade kontrollområden) illustreras av de olika färgerna.			Uppgift saknas			Uppgift saknas	
				13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera			Större avvikelse	
				9-12: Reducera riskerna - åtgärda			Avvikelse	
				4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma			Mindre avvikelse	
				1-3: Inget agerande krävs - acceptera			Obetydlig avvikelse	
Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet Drivande utvecklingsaktör Attraktiv arbetsgivare Långsiktigt stark ekonomi								Kommentar Kontrollområdet innehåller 8 delområden varav 3 har orange och 5 gul markering.
1) Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning								Kontrollområdet innehåller 2 delområden varav båda har gul markering.
2) Upphandling och inköp								Kontrollområdet innehåller 4 delområden varav 3 har orange och ett grön markering.
3) Kompetensförsörjning och bisysslor								Kontrollområdet innehåller 2 delområden varav ett har orange och ett grön markering.
4) Verkställighet beslut								Kontrollområdet innehåller 8 delområden varav 1 har röd, 1 orange och 6 grön markering. Rödmarkerat delområde är "In- och utbetalningar (kund-/leverantörsreskontra, inkluderar även betalkort, löner, reseräkningar, utlägg och interna transaktioner)".
								Kontrollområdet innehåller 2 delområden varav 1 har orange och 1 gul markering.
								Kontrollområdet innehåller 8 delområden varav 1 har röd, 3 orange och 4 grön markering. Rödmarkerat delområde är "Främja en godmatchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt".
								Kontrollområdet innehåller 3 delområdet varav 2 har gul och 1 grön markering.
2020 Utvärdering av internkontrollarbetet		P	DR			ÅR		
	Nämnds/styrelsens rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den interna kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive område/fråga ska färgindikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.			Uppgift saknas			Uppgift saknas	
				Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll			Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll	
				Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll			Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll	
				Förbättringsområden finns			Förbättringsområden finns	
				Tillfredsställande			Tillfredsställande	
Kontrollmiljö	Ansvar och befogenheter tydliggjorda - Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden antagit regler och anvisningar för den interna kontrollen?							Kommentar Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden fastställde intern kontrollplan 2020 den 31 oktober 2019. Inför 2020 års plan gjorde nämnden en riskanalys omfattande interna och externa risker av betydelse för verksamheten. Förvaltnings ledningsgrupp gjorde en riskanalys av målen i förvaltningens Målkort och dessa återfinns som delområden under Region Skånes övergripande mål "Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet" samt "Drivande utvecklingsaktör". Riskanalys av övriga delområden kopplade till Region Skånes övergripande mål och till de administrativa områdena gjordes av ansvariga tjänstemän. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden gjorde vid gruppmöten i september en riskinventering av interna och externa risker av betydelse för verksamheten. Nämndens beredningsutskott gjorde sedan en prioritering av de identifierade riskerna och valde ut 3 områden. Risk- och väsentlighetsbedömning av dessa områden gjordes av beredningsutskottet och de infogades som delområden i den interna kontrollplanen under "Verksamhetsspecifika kontrollområden". De utvalda områdena presenterades vid nämndsammanträde i september och möjlighet gavs för synpunkter. Den interna kontrollplanen fastställdes sedan vid nämndsammanträde i oktober. Dokumentation avs. riskbedömningarna finns i den interna kontrollplanen samt i handlingar/presentationer till beredningsutskott och nämndsammanträden.
	Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras - Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut?							Processen för framtagande av den interna kontrollplanen följer processen för verksamhetsplan och budget inom Region Skåne. Med utgångspunkt i planeringsdirektiv, hälso- och sjukvårdsuppdraget och övriga relevanta styrande dokument togs förslag till Verksamhetsplan 2020 med tillhörande Målkort fram. Utifrån målkortet gjordes risk- och väsentlighetsbedömningar av de ingående målen, som i den interna kontrollplanen motsvaras av delområden under kontrollområdena "Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet" och "Drivande utvecklingsaktör". Risk- och väsentlighetsbedömningar av övriga delområden kopplade till Region Skånes övergripande mål samt till de administrativa delområdena gjordes av ansvariga tjänstemän. Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden gjorde vid gruppmöten i september en riskinventering av interna och externa risker av betydelse för verksamheten. Nämndens beredningsutskott gjorde sedan en prioritering av de identifierade riskerna och valde ut 3 områden. Risk- och väsentlighetsbedömning av dessa områden gjordes av beredningsutskottet och de infogades som delområden i den interna kontrollplanen under "Verksamhetsspecifika kontrollområden". De utvalda områdena presenterades vid nämndsammanträde i september och möjlighet gavs för synpunkter. Den interna kontrollplanen fastställdes sedan vid nämndsammanträde i oktober. Dokumentation avs. riskbedömningarna finns i den interna kontrollplanen samt i handlingar/presentationer till beredningsutskott och nämndsammanträden.
	Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys - Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?							En viktig utgångspunkt i arbetet med intern kontroll är förvaltningens Verksamhetsplan med tillhörande Målkort. Risk- och väsentlighetsbedömning har gjorts av de mål som finns i Målkortet och de ingår också som delområden i den interna kontrollplanen. På så sätt finns en direkt koppling mellan Region Skånes övergripande mål, Psykiatrioch habiliterings mål och den interna kontrollplanen. Målen i målkortet följs upp utifrån samma systematik som den interna kontrollplanen, med färgmarkeringar enligt den mall som används inom Region Skåne, och uppföljningen kan därför på ett enkelt sätt införas i uppföljningen av den interna kontrollplanen. För de mål/delområden där avvikelse/risk för avvikelse finns vidtas åtgärder. Genom att uppmärksamma områden där det finns en risk att målen inte nås lyfts eventuella problem och åtgärder kan vidtas och på så sätt bidrar arbetet med intern kontroll till måluppfyllelsen. I uppföljningen efter helåret finns ett antal områden med avvikelser och för samtliga har åtgärder angivits.

Risakanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen - Hur hanteras information/kommunikation inom organisationen och hur sker återrapportering på olika nivåer?

Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen - Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?

Information om den interna kontrollplanen och dess kontrollmoment sker i linjeorganisationen. Rapportering enligt planen sker till psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden och förvaltningsledningen i delårsrapport och årsredovisning. Genomförande av kontrollmomenten i planen sker under året i enlighet med vad som anges under kolumnen "Kontroll". Rapportering till regionstyrelsen sker i samband med delårsrapport och årsredovisning.
I sammanfattningen av planen för 2020 var två områden gulmarkerade och sex områden hade orange markering. I uppföljningen efter helåret är fem områden gulmarkerade och tre har orange markering. Åtgärder för delområden med gul, orange eller röd markering finns angivna i den interna kontrollplanen under kolumnen Identifierade förbättringsområden. Vad gäller uppföljningen av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort anges åtgärder för de aktiviteter som har orange eller röd markering. För aktiviteter med gul markering finns åtgärder endast angivna i uppföljningen av målkortet, detta för att underlätta läsbarheten i den interna kontrollplanen. Två delområden är rödmarkerade efter 2020 – "In- och utbetalningar (kund/leverantörsreskontra, inkluderar även betalkort, löner, reseräkningar, utlägg och interna transaktioner)" samt "Främja en god matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt". Identifierade förbättringsområden är fortsatt uppföljning av in- och utbetalningar under 2021 samt ett lärdomar kring flexibilitet, samarbete och digitalisering kommer att tas med i arbetet med kompetensförsörjningsplan och aktiviteter för 2021. GSF har genomfört kontroller inom ett antal delområden. När den interna kontrollplanen 2020 togs fram var utgångspunkten de uppgifter om kundplan för GSF som då fanns tillgängliga. Efter att planen var framtagna reviderades emellertid GSF:s kundplan och några av delområdena i förvaltningens plan utgick. Dessa har istället följts upp av förvaltningens ekonomienhet. Under hösten har en utbildning genomförts för chefer samt viss administrativ personal. Utbildningen ingår som en del i processen för intern kontroll och syftar till ökad kunskap och kompetens inom flera områden, allt från inköp och lagrum kring detta till personalplanering och uppföljning. Produktionsplanering samt registrering och uppföljning inom detta område ingick också. Utbildningen kommer att fortsätta under våren 2021.

Rapportering av plan och uppföljning intern kontroll		P	DR	För rapportering i enlighet med RS uppsiktsplikt ska en samlad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.	ÅR		
Nämnd/Styrelse Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden Verksamhetsområde hjälpmedel Bedömningarna på färgskalan kan ses som en ny riskbedömning av kontrollområdena med beaktande av det interna kontrollarbete som har skett under året. Avvikelse i termer av diskrepans mot antingen övergripande mål (verksamhetsmässiga kontrollområden) eller ändamålsenlig hantering (rutinorienterade kontrollområden) illustreras av de olika färgerna.				Uppgift saknas 13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera 9-12: Reducera riskerna - åtgärda 4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma 1-3: Inget agerande krävs - acceptera		Uppgift saknas Större avvikelse Avvikelse Mindre avvikelse Obetydlig avvikelse	
Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet Drivande utvecklingsaktör Attraktiv arbetsgivare Långsiktigt stark ekonomi							Kommentar Kontrollområdet innehåller 5 delområden varav alla har gul markering. Kontrollområdet innehåller 3 delområden varav 2 har orange och 1 gul markering. Kontrollområdet innehåller 4 delområden varav alla har gul markering. Kontrollområdet innehåller 3 delområden varav ett har röd och två gul markering. Rödmarkerat delområde är "Hjälpmedel Skåne har ändamålsenliga lokaler". Kontrollområdet innehåller 7 delområden vara har 2 orange, 1 gul och 4 grön markering. Kontrollområdet innehåller 2 delområden varav 1 har orange och 1 grön markering. Kontrollområdet innehåller 3 delområden varav 1 har gul och 2 grön markering. Kontrollområdet innehåller 1 delområde som har grön markering.
Utvärdering av internkontrollarbetet		P	DR		ÅR		
Nämnds/styrelses rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den interna kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive område/fråga ska färgindikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.				Uppgift saknas Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll Förbättringsområden finns Tillfredsställande		Uppgift saknas Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll Förbättringsområden finns Tillfredsställande	
Kontrollmiljö	Ansvar och befogenheter tydliggjorda - Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden antagit regler och anvisningar för den interna kontrollen?						Kommentar Hjälpmedel ingick som en del av Regionsservice under 2019 och fram till och med augusti 2020. Hjälpmedels interna kontrollplan har tagits fram av ledningsgrupp och valda resurser inom både förvaltning Psykiatri och habilitering och Regionsservice. Gjordes i samband med framtagande av intern kontrollplan för Regionsservice. Arbetet med måldokument och den interna kontrollplanen sker parallellt, varför det finns en naturlig koppling.
Kontrollaktiviteter	Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras - Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut? Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys - Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?						

Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen - Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?

Uppföljningen efter helåret är ett område grönmärkt, fem är gulmärkade och två har orange markering. Åtgärder för delområden med gul, orange eller rött markering finns angivna i den interna kontrollplanen under kolumnen Identifierade förbättringsområden. Ett delområde är rödmärkt efter 2020 - "Hjälpmiddel Skåne har ändamålsenliga lokaler". Identifierade förbättringsområden är ett åtag med ny förvaltning kommer att ske och att lokalförslöjningen kommer att vara en fortsatt prioriterad fråga. GSF har genomfört kontroller inom ett antal delområden. När den interna kontrollplanen 2020 togs fram var utgångspunkten de uppgifter om kundplan för GSF som då fanns tillgängliga. Efter att planen var framtagna reviderades emellertid GSF:s kundplan och några av delområdena i Verksamhetsområde hjälpmedels plan utgick. Dessa har istället följts upp av förvaltningsens ekonomienhet.

P0001 Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden										RS										0																				
Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll										Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll										Delårsrapportering - Uppföljning av plan för intern kontroll										Årsredovisning - Uppföljning av plan för intern kontroll										
Närmedelstyp	Kontrollområden - Region Skånes övergripande mål utgör obligatoriska kontrollområden. Samtliga obligatoriska kontrollområden ska i sin tur brytas ned i verksamhetspecifika delområden och riskbedömas. För rapportering enligt mål/regionstyrelsens uppdragsgiltigt ska även en samlat riskbedömning göras kopplat till vart och ett av de av fullföljliga angrena övergripande målen. Samlat riskbedömning ska även göras för vart och ett av de subkriterierade kontrollområdena. För dessa finns fördjupade regiongemensamma delområden som ska riskbedömas.										Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avssett och säkert sätt.										Riskägare										Beslut om åtgärd									
NSID	ID	Beskrivning	RiskID	Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...	Kontrollområdena	Sveriges	Rapportering	Riskvärde (0-10)	Roll/ansvarig	Ja/Nej	Beskrivning av åtgärd	Aktivitet/metod/avgörande	Frikens	Uttvare	Tidpunkt för rapportering till nämnd	Kontroll																								
P0001	A1.5	Investeringsredovisning (inkl nyttorealisering)	21	Risk för att anläggningar blir felaktigt redovisade vilket kan leda till att stora värden blir felaktigt redovisade i balansräkningen	3	2	6		Förvaltningschef	Ja, åtgärdskontroll i internkontrollplan	Kontrollera aktivering av anläggningar.	Stickprov	1 ggr/år	GSF	AR	Rapportering/avvikelse					Identifierade förbättringsområden					Grad av avvikelse														
																I urval av 15 st stickprov har inga avvikelser påträffats.					Fortsatt tydliga beskrivningar kring benämning, placering eller andra hänvisningar ska finnas som gör anläggningen inventeringsbar över tid.					I urval av 15 st stickprov har inga avvikelser påträffats.					Fortsatt tydliga beskrivningar kring benämning, placering eller andra hänvisningar ska finnas som gör anläggningen inventeringsbar över tid.									

2020 PRIN Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden											RS												
Nämndens yrkes	Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll										Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll												
	Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppgifter och att detta sker på ett avssett och säkert sätt.										Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppgifter och att detta sker på ett avssett och säkert sätt.												
	Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppgifter och att detta sker på ett avssett och säkert sätt.										Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppgifter och att detta sker på ett avssett och säkert sätt.												
NSID		RiskID		Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...		Riskbetyg		Riskbetyg (färg)		Riskägare		Beslut om åtgärd		Åtgärd		Kontroll		Färdpunkt för rapportering till nämnd					
NSID		RiskID		Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...		Riskbetyg		Riskbetyg (färg)		Riskägare		Beslut om åtgärd		Åtgärd		Kontroll		Färdpunkt för rapportering till nämnd					
PRIN A3.8		34		Risk för att medarbetare kan ha biesslor som är olämpliga, diskriminerande, konfunderande eller förvanskande. Det kan leda till att arbetet inom verksamheten påverkas negativt.		3		6		HR-chef, VC samt SC		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Punktnöts i form av kontakt med enskilda chefer		Instruktion om uppdatering av biesslor skickas till VC och SC. Redovisade biesslor lämnas till HR		1 ggr/år		HR-chef		År	
PRIN A4		A4		Verkställighet beslut																			
PRIN A4.1		35		Risk för att beslutansordning inte följs, vilket kan innebära att beslut fattas på fel nivå.		2		4		Nej, befärliga åtgärder och kontroller bedöms tillräckliga													
PRIN A4.2		36		Risk för att regler för ärendebehandling, diarieföring, arkivering, offentlighet och sekretess inte följs. Risk finns för att offentlighetsprincipen inte efterlevs.		3		6		Samtliga chefer		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Arbetet är inlett och kommer att fortsätta under 2020.		Att utbildningsinsatser är genomförda		2 ggr/år		Adm. chef		T2 +AR	
PRIN A4.3		37		Risk för att avvikelser inte rapporteras och hanteras, vilket leder till att förbättringsåtgärder inte genomförs.		4		12		Samtliga chefer		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Avvikelser ska systematiskt rapporteras och åtgärder tas fram. Insatser utföras konstaterad brist.		Utbildningsinsatser hos koordinatörer så att systemet används på rätt sätt.		1 ggr/år		Systemadm. AVIC		AR	
PRIN A4.4		38		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.5		39		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.6		40		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.7		41		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.8		42		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.9		43		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.10		44		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.11		45		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.12		46		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.13		47		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.14		48		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.15		49		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.16		50		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.17		51		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.18		52		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.19		53		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.20		54		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.21		55		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.22		56		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.23		57		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.24		58		Risk för att regelverk och rutiner inte följs. Under 2020 kontrolleras områdena handläggning LSS - regelbrottsföreläggning och lagbrottsföreläggning samt handläggning rehabilitering i varmt klimat - rutinerföreläggning.		2		4		Administrativ chef		Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan		Insatser utföras konstaterad brist.		Sökprovetkontroll av ärendehanteringssystemet		1 ggr/år		Extern kontroll, av instans inom Region Skåne		AR	
PRIN A4.25		59																					

Kompletterande delområden GSF

Förutom de delområden som ingår i Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens interna kontrollplan har GSF genomfört ytterligare kontroller enligt tabellen nedan. För dessa delområden har GSF gjort bedömning av Konsekvens och Sannolikhet inför 2020 och efter augusti 2020.

Nämnd/Ansvarig		Kontrollområden - Region Skånes övergripande mål utgör obligatoriska kontrollområden. Samtliga obligatoriska kontrollområden ska i sin tur brytas ned i verksamhetsspecifika delområden och riskbedömas. För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppskattspikt ska även en samlat riskbedömning göras kopplad till vart och ett av de kulmärkte angivna övergripande målen. Samlat riskbedömning ska även göras för vart och ett av de rutineriserade kontrollområdena. För dessa finns fördefinierade regiongemensamma delområden som ska riskbedömas.			Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.			Riskägare	Beslut om åtgärd	Åtgärd	Kontroll				Rapportering/avvikelse	Identifierade förbättringsområden
NSID	ID	Beskrivning	RiskID	Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...	Konsekvens Sannolikhet	Riskpoäng	Riskskala (1-10)	Roll/befattning	Ja/Nej	Beskrivning av åtgärd	Aktivitet/metod/avgränsning	Frekvens	Utförare	Tidpunkt för rapportering till nämnd	av att åtgärder/kontroller genomförts samt effekt	samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna
PåRN	A1	Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning		Risk finns för att målet om "Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning" inte uppnås på grund av svårigheter med att hantera vissa strategiska projekt/uppdrag och ändrade arbetsätt, vilket kan leda till såväl ekonomiska som tillverkningsmässiga skador												
		Delområden														
PåRN	A1:1	Kunskap om och följsamhet till lagar och regelverk (ex. KL, LKBR, ML) (ex. reglementen och instruktioner)	1	Risk för att efterlevnaden av anvisningarna för leverantörsregistret inte följs, vilket kan leda till att felaktiga leverantörer anslutas och i slutändan felaktiga utbetalningar görs.	4	2	8	Funktionsdirektör/ Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Efterlevnad av regelverk	Stickprov	1 ggr/år	GSF	Delårs-/års-rapport	I urvalet av 380 st stickprov har 44 st avvikelser påträffats. Vid kontroll att leverantörsupplägg följer koncernens regelverk, har samtliga leverantörer som är nyupplagda under december 2019 granskats.	Utbetalningsordern kan förtydligas, det bör framgå vilka betalningsuppgifter som är nödvändiga och som därmed ska bifogas för att leverantörsupplägg ska kunna ske enligt gällande regelverk. Uppgiftslämnaren ska ha säkerställt att leverantörsbegäran innehåller nödvändiga uppgifter innan den skickas för leverantörsupplägg. Om dessa uppgifter saknas ska registreraren begära komplettering. Rutinen för utbetalning av glasögonbidrag bör ses över så att inte samma person både fyller i utbetalningsordern och registrerar leverantörsupplägget.
PåRN	A1:2	Attestträtt och hantering (regler för samt efterlevnad av vilka som har attestträtt, för vilken verksamhet och med vilka belopp mm)	4	Risk för att attestträtt inte avslutas på grund av bristande rutiner, vilket kan leda till bristande ekonomisk kontroll och felaktiga utbetalningar.	4	2	8	Funktionsdirektör/ Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Efterlevnad av regelverk	Stickprov	1 ggr/år	GSF	Delårs-/års-rapport	Granskningen visar på avvikelser då riktlinjerna säger att det ska finnas en blankett eller ett inventeringsunderlag för avslut. Utifrån instruktioner sker avslut genom kontinuerliga kontroller som inte finns med i gällande regelverk.	Granskningsgruppens förslag till förbättringsåtgärd är att regelverket bör uppdateras utifrån aktuella kontrollmoment för avslut i Rindance Marknadsplats och Rindance Drift.

Löpande kontroller

Utöver de kontroller som genomförs inom ramen för den interna kontrollplanen görs även löpande kontroller i vardagen. Några exempel på kontroller/åtgärder som förvaltningen har gjort löpande under året är:

- Förfallna fakturor
- Kontroll av ApoEx leveranssäkerhet
- Kontroller och rättningar i HR-fönster
- Tjänstebilar
- Kostnader för extern provtagning baserat på förskrivning av psykiatrins läkare för patienter som inte är kopplade till Psykiatri Skåne.
- Ersättningar från Arbetsförmedlingen
- Attester
- Ekonomiutbildning (ekonomi, personal och verksamhet)
- Rutiner för patientmåltdier (Rättspsykiatri)
- Inventering av IT-utrustning

Verksamhetsområde: Hjälpmedel

För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppsiktsplikt ska en samlad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.

13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera
9-12: Reducera riskerna - åtgärda
4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma
1-3: Inget agerande krävs - acceptera

RISKBEDÖMNING

Sannolikhet	Konsekvens
-------------	------------

<i>Varje möte välkomnas människor med omtanke och respekt. En god servicenivå ska präglade alla Region Skånes verksamheter. Tillgängligheten och kvaliteten ska ständigt förbättras</i>	Förtydliga vår uppdragsbeskrivning gentemot andra vårdaktörer. Dokumentera resultatet av vårt förändringsarbete och den positiva resan.	Om vi inte gör detta så riskerar vi att fortsätta hamma mellan stolarna och tvingas förklara vår existens.	Konsekvens är att vi inte får fortsatt stöttande av politiken att fortsätta med förbättringsarbetet till vården.	3	4	12
	Transparens genom att öppet redovisa alla kostnads utvecklingar för samtliga Hjälpmedelsområdena. Utveckla användbara måttel för att utveckla bl.a produktionen	Om vi inte gör detta så kan vi inte påvisa det förbättringsarbete vi jobbar med.	Konsekvens är att vi inte får fortsatt stöttande av politiken att fortsätta med förbättringsarbetet till vården.	3	4	12
	Tydliga processer för samtliga Hjälpmedelsområden. Fortsätta kartlägga processer och utveckla kommunikation med andra vårdaktörer. Minska kvalitetsbrister i avtal. Tydliga rutiner och arbetsformer utifrån processarbetsgrupper. Uppföljning genom Pulsnotan (LEAN) och processgrupper	Om vi inte gör detta så har vi svårt att driva en kostnadseffektiv verksamhet.	Konsekvensen är att vi inte kan påvisa effektivitet.	3	3	9
	Beställning av LMN artiklar på 1177.se ska svara för 20% av alla beställningar. Fortsätta informations kampanjer.	Om vi inte gör detta så minskar inte belastningen på den manuelle ordernmottagningen.	Konsekvensen är att vi inte kan påvisa effektivitet.	2	3	6
	Tillgängligheten för hela verksamheten ska fortsatt ligga på en hög nivå. Mottagningar över 80%, besvarade samtal över 85%	Om vi inte gör detta följer vi inte vårdgarantin.	Konsekvensen är att vi inte följer vårdgarantin	2	4	8

<i>Region Skåne ska arbeta för långsiktigt hållbar utveckling inom alla ansvarsområden.</i> <i>Skåne ska bli ledande i Europa på forskning, innovationer och utbildning.</i> <i>IT och digital kommunikation ska förenkla och effektivisera medarbetarnas arbete och öka kvalitet och servicenivån i verksamheterna.</i>	Lokalförordningen måste vara tydlig för alla. Proaktivt arbeta med lokalförordningen för verksamheten.	Om vi inte gör detta kan vi inte rationalisera vår egen verksamhet och har svårigheter att genomföra det utökade uppdraget som kräver ökad lokal nytta.	Konsekvensen är att vi inte kan fullfölja uppdraget att ansvara för alla forskningsbäddar Hjälpmedel.	4	3	12
	Implementera och introducera WebSesam till fler förskrivare inom primärvård och övriga vårdaktörer.	En del av digitaliseringsutvecklingen för Region Skåne.	Konsekvensen är att man fortsatt får hantera pappersförskrivningar.	3	3	9
	Driva förändringsarbetet utifrån kostnadsinsparningar och förenklingar för vården. Arbeta med ständiga förbättringar.	Detta är en del av vårt totala uppdrag.	Konsekvensen är att förtroendet för verksamheten minskar.	3	3	9

Attraktiv arbetsgivare

För rapportering i årsredovisningen gäller en kombination av utfall i relation till mål och den effekt som internkontrollarbetet har haft. Bedömningen blir alltså en kombination av process och effekt.

	13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera	Större avvikelse
	9-12: Reducera riskerna - åtgärda	Avvikelse
	4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma	Mindre avvikelse
	1-3: Inget agerande krävs - acceptera	Obetydlig avvikelse

Større avvikelse	
Avvikelse	
Mindre avvikelse	
Obetydlig avvikelse	
Ingen rapportering	

RESULTAT (ÅR)

Rapportering av uppföljning (status)	1
--------------------------------------	---

Fortsatt arbete med strategisk lokalförordning, inga beslut om finansiering varför målet fortsatt är högt prioriterat.		4	3	12				Fortsatt prioriterad fråga.	
Visma WebSesam är infört till vissa delar och fortsatt införande sker under 2021.		2	3	6				Fortsatt projektarbete under 2021.	
Pågående, Leasand framflyttad pga Covid.		3	3	9				Processarbetet är igång men LEAN dag framflyttad pga pandemin.	

		Oka upplevelsen av en ökad delaktighet och ansvar samt inflytande av det dagliga arbetet. Utveckla mötesstrukturer baserade på processarbetsgrupper	Risk för att relationerna mellan chefer och medarbetare, samt chefer respektive medarbetare emellan, inte präglas av ömsesidig tillit. Risk att utveckling av medarbetare och chefer inte främjas.	Att Verksamhetsområde Hjälpmedel inte attraherar, utvecklar och behåller de medarbetare verksamheten har behov av.	2	4	8		Åtgärd utifrån aktivitetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort	T2 samt årligen	VC Hjm	VC	T2 samt årligen	Pågående		2	3	6	PULS-möten ska bedrivas aktivt inom hela verksamheten.	
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--	--------------------------------------	-----------------	--------	----	-----------------	----------	--	---	---	---	--	--

Ledarskapet ska vara närvarande, lyssnande och tydligt samt uppmuntra till delaktighet. Region Skåne ska erbjuda en hälsofrämjande, utvecklande arbetsmiljö med goda förutsättningar att påverka verksamhetens utveckling och resultat. En genomtänkt strategisk kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara framtidens uppdrag.	Kompetensförsörjning. Fortsatt arbete med rätt använd kompetens (RAK). För att kunna ta över enkla arbopp. från vårdn.	Risk för att möjligheter till utveckling inte är tydliga eller uppfattas som otillräckliga.	Att Verksamhetsområdet Hjälpmedel inte attraherar, utvecklar och behåller de medarbetare verksamheten har behov av.	2	4	8
	Kompetensstegar för verksamheten. Se över möjligheten att utveckla kompetensstegar för yrkesgrupper/funktioner	Risk för att möjligheter till utveckling inte är tydliga eller uppfattas som otillräckliga.	Att Verksamhetsområdet Hjälpmedel inte attraherar, utvecklar och behåller de medarbetare verksamheten har behov av.	2	4	8
	Bättre anpassade lokaler för hela verksamheten. Utifrån medarbetarperspektivet ska vi ha attraktiva arbetsplatser.	Arbetsmiljö, att man inte blir sjuk av miljön, kan kontrolleras i samband med avslutningsamtal, samutnyttjande av lokaler	Att Verksamhetsområdet Hjälpmedel inte attraherar, utvecklar och behåller de medarbetare verksamheten har behov av.	2	4	8
Långsiktigt stark ekonomi						
Region Skåne ska planera med framförhållning och handlingsberedskap. Region Skånes alla beslut ska vara finansierade. Sambandet mellan resursåtgång, prestation, resultat och effekter ska vara tydligt.	Tydlighet i uppdrags- och ekonomistyrningen för verksamheten. Proaktivt driva arbetet med att förtydliga vårt uppdrag mot nämnden	Risk för underskott inom verksamhet/staber.	Att prioriteringar inte sker, vilket kan leda till att Hjälpmedel Skånes ekonomi inte är i balans.	3	4	12
	Förändrad debiterings rutin kopplad till budgetarbetet. Utveckla en ny form av finansiering för verksamheten.	Risk för fortsatt problem med finansiering inför varje budgetår.	Att uppdraget inte kan utvecklas som planerat.	3	4	12
	Hjälpmedel Skåne har ändamålsenliga lokaler	Risk för att Hjälpmedel inte har ändamålsenliga lokaler utifrån patientens fokus och medarbetarnas behov. Risk för att gemensamma resurser och kompetenser inte används på det sätt som är mest kostnadseffektivt. Risk för att investeringsbudgeten inte är tillräcklig för att genomföra nödvändigt underhåll och investeringar.	Att nödvändiga anpassningar av lokaler inte kan genomföras. Att det blir svårt att verkställa samlokalisering och effektivisering av verksamheten. Att resurser inte används på mest effektiva sätt och att medarbetare inte kan utföra sitt arbete på optimalt sätt. Att arbetsmiljön påverkas negativt. Att vi inte kan utföra vårt uppdrag effektivt längre.	4	4	16
Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning						
Kunskap om och följsamhet till lagar och regelverk (ex. KL, LKBR, ML)	Interna och legala regler för representation efterlevs och rätt momsredovisning sker	Risk för att interna regler och legala regler för representation inte efterlevs och att moms redovisas felaktigt.	Att moms som redovisas till Skatteverket blir felaktig. Vid en ev. skatterevison kan detta leda till skattetillägg.	3	4	16
	Lagen om obligatorisk e-fakturerings efterlevs	Risk att regelverk för e-fakturerings inte efterlevs.	Att effektivisering/förenkling inte sker. Att målsättningar vad gäller digitalisering inte uppnås.	4	2	8
Attestträtt och hantering (regler för samt efterlevnad av vilka som har attestträtt, för vilken verksamhet och med vilka belopp mm)	Regler för attestträtt och hantering efterlevs	Risk för att attester och behörigheter i Raineance Marknadsplats och Raineance Drift inte hanteras enligt centrala anvisningar.	Att felaktiga utbetalningar sker.	3	3	9
In- och utbetalningar (kund-/leverantöreskontra) (inkluderar även betalkort, löner, reseräkningar, utlägg och interna transaktioner mm)	Utbetalning avsv. reseräkningar sker i enlighet med gällande regelverk	Risk att utlägg via reseräkningar inte följer regelverket och att rätt moms inte är avdragen.	Att momsen som redovisas till Skatteverket blir felaktig. Vid en ev. skatterevison kan detta leda till skattetillägg.	3	4	12
Investeringsredovisning (inkl nyrealisering)	Investeringsredovisning sker enligt gällande regelverk	Risk för att regelverket för investeringsredovisning inte följs.	Att felaktigt resultat redovisas.	3	3	9
Uppföljning och bedömning av risker för bristande följsamhet till budget och åtgärder samt utvärdering	Rutin för analys av resultat följs och åtgärder vid avvikelser vidtas	Risk för att budgetavvikelser inte kan hanteras och relevanta åtgärder sätts in i tid.	Att balans i ekonomin inte uppnås. Att resurser inte nyttjas på optimalt sätt.	3	3	9
Ekonomimodell som tydliggör principer för ekonomisk styrning, rättvisande redovisning och tillförlitliga räkenskaper	Externa leverantörsfakturer belastar rätt period	Risk att externa leverantörsfakturer inte belastar den/de perioder kostnaden avser.	Att resultatet blir felaktigt.	3	3	9
Upphandling och inköp						
Uppföljning av avtal och avtalstrohet (inkl utvärdering och åtgärder)	Regler för direktupphandling efterlevs	Risk för att inköp av varor/tjänster sker utan att direktupphandling har gjorts.	Att verksamheten bryter mot lagen om offentlig upphandling. Att företag inte ges möjlighet att erbjuda varor och tjänster på lika villkor.	3	3	9
	Ingångna avtal följs	Risk för att ingångna avtal inte följs.	Skadestånd eller att inköpen inte är kvalitetssäkrade.	3	3	9
Åtgärd utifrån aktivtetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort	T2 samt årligen	VC Hjm	VC	T2 samt årligen	
Åtgärd utifrån aktivtetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort	T2 samt årligen	VC Hjm	VC	T2 samt årligen	
Åtgärd utifrån aktivtetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort	T2 samt årligen	VC Hjm	VC	T2 samt årligen	
Åtgärd utifrån aktivtetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort, löpande uppföljning av ekonomiska resultat	T2 samt årligen	Divisions-ekonom	VC	T2 samt årligen	
Åtgärd utifrån aktivtetsplan Målkort 2020	Uppföljning av aktiviteter i Målkort	T2 samt årligen	VC	VC	T2 samt årligen	
Pågående		2	4	8		Pågående under ny förvaltning.
Ny områdesorganisation kommer hantera frågan fortsatt.		2	4	8		Planeras genomföras under 2021 beroende på pandemin.
Fortsatt arbete med strategisk lokal/försörjning, inga beslut om finansiering varför målet fortsatt är högt prioriterat.		2	4	8		Pågående
Verksamhetens drift håller budget medan kostnader för olika hjälpmedelsområden ökar något.		2	4	8		Uppdraget tydliggjorts genom att verksamheten framöver endast har en nämnd att förhålla sig till.
Frågan är placerad hos koncernekonomi.		2	3	6		Avvakta koncernekonomi.
Fortsatt arbete med strategisk lokal/försörjning, inga beslut om finansiering varför målet fortsatt är högt prioriterat.		4	4	16		Ontag med ny förvaltning kommer att ske. Fortsatt prioriterad fråga.
Punktinsats för korrigering av fel	Stickprov	1 gg/år	GSF	Ek. chef	Årligen	
Punktinsats för korrigering av fel	Stickprov	1 gg/år	GSF	Ek. chef	Årligen	
Punktinsats för korrigering av fel	Stickprov	Efter risk-bedömning	GSF	Ek. chef	Utifrån riskbedömning	
Punktinsats för korrigering av fel	Stickprov	1 gg/år	GSF	Ek. chef	Årligen	
Punktinsats för korrigering av fel	Kontroll av poster över 1 basbelopp i redovisningen	Löpande	Controller	Ek. chef	T2 samt årligen	
Utvecklade uppföljningsrutiner	Avrapportering månadsvis	Löpande	Ek.chef	VC	T2 samt årligen	
Punktinsats för korrigering av fel	Stickprov	1 gg/år	GSF	Ek.chef	Årligen	
Kontakt med koncerninköp. Utbildning för ökad kunskap och medvetenhet om regelverket.	Kontroll via stickprov av inköp över 100 000 kr.	1 gg/år	Controller	Ek.chef	Årligen	
Punktinsats för korrigering av fel	Kontroll av konferenser, konsulter, möbler och kontorsmaterial	Stickprov	GSF	Ek.chef	Årligen	
Stickprov inköp över 100 000 kr.		3	3	9		Inga avvikelser
Utgått. Ej humnits med pga omorganisationen.		3	3	9		Kontrollmoment har utgått. Ej humnits med pga omorganisationen.

Kompetensförsörjning									
Främja en god matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt	Kompetensförsörjningsplan finns och följs på verksamhetsnivå.	Risk för att kompetensförsörjningen inte kan säkerställas. Att behålla befintlig personal och vinna tillbaka personal, minimera personalomsättningen, minimera hyppersonal	Att Hjälpmedel inte klarar sitt uppdrag, vilket får konsekvenser för patienternas möjlighet att få en god och likvärdig hjälpmedelsförsörjning.	3	3	9			
Förebygga och förkorta sjukfrånvaron genom hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbart arbetsliv	Sjukfrånvaro förebyggs och förkortas genom hälsofrämjande arbetamjö och hållbart arbetsliv	Risk för att sjukfrånvaron ökar/kvarstår på en hög nivå.	Att medarbetare är sjuka/skrivna i onödan. Att verksamhetens förmåga att klara sitt uppdrag påverkas negativt.	3	3	9			
Bisysslor									
Alla anställda som har bisysslor ska informera arbetsgivaren om dem.	Riktlinjer för hantering av bisysslor följs	Risk för att medarbetare kan ha bisysslor som är olämpliga, tidskrävande, konkurrerande eller förtroendeskadliga.	Att arbetet inom verksamheten påverkas negativt.	4	3	12			
Verkställighet beslut									
Besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter	Besluts- och delegationsordning och följs.	Risk att besluts- och delegationsordning inte följs.	Att beslut fattas på fel nivå.	4	3	12			

Kontakt med verksamhetschef kring innehåller i planen och ev. behov av revidering, alternativt stöd för implementering	Kontroll av att underlag för personalplanering finns inom verksamhet. Underlaget omfattar redovisning av personalomsättning, ålderfördelning samt ev. kända förändringar uppdelat per yrkesgrupp.	1 ggr/år	HR-chef	HR-chef, VC	Ärligen
Verksamheten genomför hälsofrämjande insatser i samarbete med HR	Uppföljning av sjukfrånvaron	Löpande	HR-chef	HR-chef, VC s	T2 samt Ärligen
Punktinsats i form av kontakt med enskilda chefer	Instruktion om uppdatering av bisyssla skickas till VC. Redovisade bisysslor lämnas till HR	1 ggr/år	HR-chef	HR.chef, VC	T2 samt Ärligen
Informationsåtgärder och punktinsats vid korrigerig av fel	Stickprov	1 ggr/år	Handläggare	VC, EC	Ärligen

Specialistfunktioner behöver bevakas.	3	3	9
Trots pandemin har verksamheten haft en förhållandevis låg sjukfrånvaro.	3	3	9
Rutin följs.	2	3	6
	4	3	12

Åtgärd görs vid behovsuppföljning. Uppföljning av resursplanering har gjorts och rekryteringsbehoven är fastställda.	
Ingen speciell åtgärd bedöms behövas då sjukfrånvaron varit relativt låg trots pandemin.	
Ny förvaltning innebär att frlgan ska ställas igen vid nästa medarbetarsamtal.	
Beslutsordningen har följts.	

2020 Styrelse/nämnd: Service nämnden

Verksamhetsområde: Hjälpmedel Skåne

Regelutskottets och budgetens övergripande mål är styrande och omfattar all verksamhet. I verksamhetsplan och budget anges, utifrån dessa mål, inriktning och mer specifika uppdrag som verksamheten har att förhålla sig till under respektive avsnitt. Den av regionstyrelsens fastställda uppföljningsplan beskrivs vid respektive nämnd och styrelse förväntas redovisa och analysera för att ge en samlat bild av målfyllnaden för respektive nämnd och styrelse men också för Region Skåne som helhet.

För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppgiftsplikt ska en samlat riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.

	1	2	3	4
1. Alltid	1	2	3	4
2. Oftast	2	3	4	5
3. Ibland	3	4	5	6
4. Sällan	4	5	6	7
5. Aldrig	5	6	7	8

13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera

5-12: Reducera riskerna - åtgärda

4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma

1-3: Inget agerande krävs - acceptera

KONTROLLÅTGÄRDER

Åtgärd (beskrivning)	Kontrollmetod	Kontroll frekvens	Kontroll utförare	Risikägare (roll)	Rapportering
Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	Hjälpmedel Skåne	Hjälpmedel Skåne	
Test och löpande kontroll.	Stickprov/T1 T2 Ärligen.	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Test och löpande kontroll.	Raindance/T1 T2 Ärligen.	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Korrigerig av behörigheter. Punktsats för rättelse av utbetalning.	Kontroll att beslutstestbehörigheter i ekonomisystemet är upplagda i enlighet med beslutsunderlag/Ärligen	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Löpande kontroll.	Stickprov/T1 T2 Ärligen.	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Punktsats för korrigerig av fel.	Stickprov/T1 T2 Ärligen.	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Punktsats för korrigerig av fel.	Stickprov, beställning fr GSF. /Ärligen	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen

Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	Hjälpmedel Skåne	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Uppföljning	Sesam/CW/Månadsvis	Månadsvis	Hjälpmedel Skåne	Hjälpmedel Skåne	T2 samt Ärligen
Korrigerig av behörigheter. Punktsats för rättelse.	Kontrolleras vid upplägg i systemet.	Ärligen	Systemför Sesam	Verksamhetschefer	Ärligen
Kontrollera att fakturaadressen stämmer med kundens uppgivna adress.	Genomgång Excelark	T1 T2 Ärligen	Systemför Sesam	Hjälpmedel Skåne	T2 samt Ärligen
Löpande kontroll.	Stickprov Ärligen.	Ärligen	GSF	Hjälpmedel Skåne	Ärligen
Löpande kontroll.	Sesam	Månadsvis	Controller	Hjälpmedel Skåne	T2 samt Ärligen

För rapportering i enlighet med RS uppsiktsplikt i DR ska en förnyad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.

För rapportering i ärendehantering gäller en kombination av utfall i relation till mål och den effekt som internkontrollarbetet har haft. Bedömningen blir alltså en kombination av process och effekt.

13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera

5-12: Reducera riskerna - åtgärda

4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma

1-3: Inget agerande krävs - acceptera

Större avvikelse

Avvikelse

Mindre avvikelse

Obetydlig avvikelse

Ingen rapportering

UPPFÖLJNING (UNDER ÅRET)

Dokumenterad uppföljning	Att rapportera / avvikelser	Samtlig Risk	Risk efter bedömning	Rapportering av uppföljning (status)	Risk
Ingen avvikelse noterad		2 4	8	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Stickprov av 42 rekvisitioner har utförts varav 10 av dessa har saknat bifogat underlag och för 3 har fel blankett använts.		3 3	9	Åtgärd Löpande, ev. avvikelser rättas i efterhand	
Stickprov av 40 fakturor varav 5 var felaktiga.		3 3	9	Åtgärd Löpande, ev. avvikelser rättas i efterhand	
Ingår i kontrollmoment 3 i GSF kundplan och är därmed utförd vid kontroll av förvaltning Regionsservice.		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Ingår i kontrollmoment 8 i GSF kundplan och är därmed utförd vid kontroll av förvaltning Regionsservice.		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Stickprov av 40 fakturor varav 6 inte har korrigerat men.		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
UTGÅR F-skatt - kontroll utförs av processen Lev på ekonomiservice i Ktd.		3 3	9	Utgår: Kontroll utförs löpande av GSF Leverantörskontroll på ekonomiservice i Ktd. Inga anmärkningar noterade.	
3 st. MTP avvikelser finns på inkontinens. Sammanställs helår.		3 2	6	Åtgärder görs löpande. Sammanställs i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.	
Avvikelse finns sammanställs helår		2 3	6	Åtgärder görs löpande. Sammanställs i ett underlag för dialog med leverantörerna.	
Kontroller görs		3 2	6	Åtgärder görs löpande, ev. avvikelser rättas i efterhand.	
Ok, stickprov		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Ingår i kontrollmoment 8 i GSF kundplan och är därmed utförd vid kontroll av förvaltning Regionsservice.		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Kontroller görs månadsvis, är ok		3 3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Ingen avvikelse noterad		3 2	6	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Ingen avvikelse noterad		2 3	6	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
Kontroller görs		3 2	6	Åtgärder görs löpande	
Kontroller görs		3 3	9	Åtgärder görs löpande	

Rätt egenavgift	Att rätt egenavgift faktureras till patienten	Risk att fel belopp faktureras.	Att fel belopp faktureras.	4	3	12	Löpande kontroll.	Sesam	Månadsvis	Controller	Hjälpmedel Skåne	T2 samt årligen	Stickprov gjort, OK		3	3	9	Åtgärder görs löpande	
Sekretess	Inga patientuppgifter till Rindance	Leverantören skickar bilagor till fakturan med patientuppgifter direkt till Rindance	Patientuppgifter blir offentliga.				Löpande kontroll.	Stickprov/T1 T2 Årligen.	T1 T2 Årligen	GSF	Hjälpmedel Skåne		Ingår i kontrollmoment 8 i GSF kundplan och är därmed utförd vid kontroll av förvaltning. Regionservice.		3	3	9	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande	
				3	3	9						Årligen							
Förskrivningsrätt - behörighet vid ändrat uppdrag/avgång	Att förskrivningsrätten avslutas	Risk att förskrivningsrätt innehas av personer som ej är behöriga samt kostar licensavgift	Obehörig förskrivning och kostnadsbelastning	3	2	6	Korrigerig av behörigheter.	Jmf Skånekatalogen	Årligen	Systemförvalt Ses	Verksamhetschefer/ Hjälpmedel Skåne	Årligen	Kontroll gjord helår		3	2	6	Åtgärder görs vid helårsuppföljning.	

Riskkarta Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden Plan 2020

K
O
N
S
E
K
V
E
N
S

4 Allvarlig

3 Kännbar

2 Lindrig

1 Försumbar

			*****	*
		*****	***** *****	**
		**	*	

1 Osannolik 2 Mindre sannolik 3 Möjlig 4 Sannolik

SANNOLIKHET

Riskkarta - hur riskerna förhåller sig till varandra och bör prioriteras

Resultatet av inventeringen kan illustreras i en riskkarta som blir ett hjälpmedel för att kunna prioritera identifierade riskområden. Riskkartan är ett överskådligt dokument för uppföljningen och bör uppdateras regelbundet. Riskkartan underlättar därmed besluten om hur riskerna ska bemötas med olika riskstrategier (undvika, reducera, minimera, acceptera) samt ökar organisationens förmåga att kunna satsa rätt resurser på rätt område.

V1 Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet

V2 Drivande utvecklingsaktör

V3 Attraktiv arbetsgivare

V4 Långsiktigt stark ekonomi

A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning

A2 Upphandling och inköp

A3 Kompetensförsörjning och bisysslor

A4 Verkställighet beslut

Matris risk- och väsentlighetsbedömning

4 Allvarlig - är så stor att fel inte får inträffa	4	8	12	16
3 Kännbar - uppfattas som besvärande för intressenter/ Region Skåne	3	6	9	12
2 Lindrig - uppfattas som liten av intressenter och/eller Region Skåne	2	4	6	8
1 Försumbar - är obetydlig för intressenter och/eller Region Skåne	1	2	3	4
Konsekvens / Sannolikhet	1 Osannolik - risken är praktiskt taget obefintlig för att fel ska uppstå	2 Mindre sannolik - risken är mycket liten för att fel ska uppstå	3 Möjlig - det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå	4 Sannolik - det är mycket troligt att fel ska uppstå

13-16: Direkt åtgärd krävs! Minimera riskerna

9-12: Reducera riskerna! Åtgärda

4-8: Håll under uppsikt! Uppmärksamhet krävs

1-3: Inget agerande krävs! Vi accepterar riskerna

Rapportering

	Större avvikelse
	Avvikelse
	Mindre avvikelse
	Obetydlig avvikelse
	Uppgift saknas

Vad är en risk? Vad är ett riskvärde?

En risk är en oönskad händelse som, om den inträffar, kan hindra att mål nås och att strategier genomförs.

Ett riskvärde är sannolikheten för att den oönskade händelsen inträffar, i kombination med konsekvenserna av denna händelse.

Risikanalysen svarar på tre frågor:

- ✓Vad kan hända?
- ✓Hur troligt är det?
- ✓Vad blir konsekvensen?

Risikanalysen läggs upp i olika steg:

- ☐ Identifiera risker utifrån de övergripande målen och de rutinorienterade kontrollområdena. Till varje risk ska finnas en riskägare.
- ☐ Beskriva risker – vad beror de på och vilka konsekvenser kan de få? Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...
- ☐ Värdera sannolikheten att risken inträffar och hur allvarliga konsekvenserna skulle bli.
- ☐ Räkna ut riskvärde för att kunna prioritera de viktigaste riskerna.

☐ För varje risk ska beslut om åtgärd fattas (Ja/Nej). Beslutet kan innebära nedanstående:

Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan

Nej, risken accepteras

Nej, befintliga åtgärder och kontroller bedöms tillräckliga

☐ I samband med uppföljning i DR och ÅR ska uppdaterade och eventuella tillkommande riskbedömningar rapporteras.