

Intern kontroll

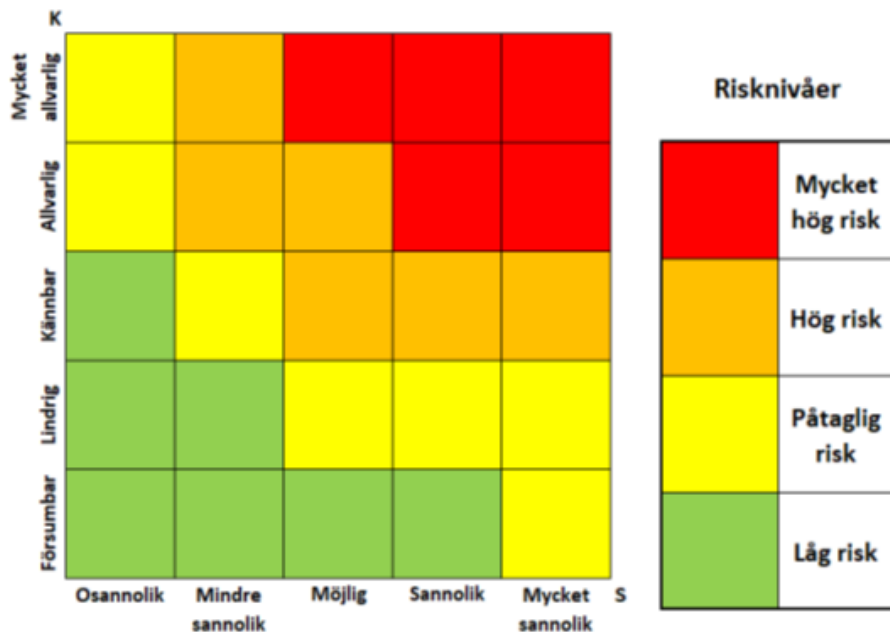
**Psykiatri-, habilitering och
hjälpmedelsnämnden**

Deluppföljning 2025

Risk, riskvärdering och risknivåer

En risk är en form av framtidsbedömning för oönskade händelser som kan inträffa (sannolikhet) och om det inträffar har en viss påverkan och effekt (konsekvens). En risk bygger på att tidpunkt, utsträckning eller utformning är helt eller delvis okända. Riskvärdering är ett strukturerat sätt för att ta fram ett underlag som synliggör risknivån för den oönskad händelsen och anger relationen i förhållande till andra identifierade risker, så att det lämpligaste hanteringsalternativet kan väljas. För att värdera risker sammanvägs perspektiven sannolikhet och konsekvens. Riskvärdering är i grunden subjektiv och baseras bland annat på bakgrund, miljö, kultur och vilka aspekter en individ/grupp beaktar. Detta medför att oönskade händelser kan värderas på olika sätt, trots likartade förutsättningar för risken. Strukturen för systematisk intern kontroll bygger på enhetlighet, därmed ska samma tillvägagångssätt och risknivåbegrepp användas. Syftet är att underlätta regionstyrelsens uppsikt, minimera risken för subjektiva bedömningar och möjliggöra en samlad bild av de risker med högst risknivåer i Region Skåne. Nedanstående riskmatris och riskvärdesbegrepp ska användas.

Risknivåerna bedöms genom att placera in respektive risk i matrisen. Matrisen är viktad mot konsekvens, vilket innebär att värderingen av konsekvens (lodrät) ökar risknivån i högre omfattning än värderingen av sannolikhet (vågrät).



Sammanfattning

- Uppföljning intern kontroll per 250131

Risker som följs upp aktivt inom ramen för intern kontroll

Risk	Riskvärde per 240229	Riskvärde per 250131
Tillgänglighet – bristande tillgänglighet till akutmottagningar och öppenvårdsmottagningar	Mycket hög	Mycket hög
Tillgänglighet – brist på vårdplatser inom heldygnsvården	Mycket hög	Mycket hög
Ej evidensbaserad vård erbjuds patienterna	Hög	Hög
Ej ändamålsenliga lokaler	Hög	Hög
Brister i bemötande av patienter	Hög	Hög
Brister i genomförandet av digitaliseringen	Hög	Hög
Felaktig hantering av attester	Hög	Hög
Brister i hantering av e-tjänstekort, reservkort och nyckelkort	Hög	Hög
Bristande informationssäkerhet avseende personuppgifter	Hög	Hög
Brist på tillgång till medicinteknisk utrustning	Hög	Hög
Brister i utomlänsfakturerering	Påtaglig	Låg
Brister i fakturering kopplat till Nationell högspecialiserad vård	Hög	Hög
Ojämlig vård	Hög	Hög
Köp av icke kvalitetssäkrade varor och tjänster	Hög	Påtaglig
Ej rättvisande redovisning inom Hjälpmiddel	Hög	Påtaglig
Lönekonkurrens med andra arbetsgivare	Mycket hög	Mycket hög

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
<p>Tillgänglighet – bristande tillgänglighet till akutmottagningar och öppenvårds-mottagningar</p> <p>Risk för bristande tillgänglighet på samtliga orter och till psykiatrisk akutsjukvård i delar av Skåne på grund av personalbrist, vilket kan leda till stängda mottagningar och svårigheter att söka vård akut, något som kan drabba redan svårt sjuka patienter hårt, överbelastning på befintliga mottagningar på andra orter och att förtroendet för vården kan skadas.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>	<p>Mål för vistelsetid på vuxenpsykiatrisk akutmottagning uppnås, för perioden jan-dec 2024; 87 % mindre än 4 timmar, målnivå 80 %. Målet för andel med läkarbedömning på akutmottagning inom en timme nås inte, resultatet jan-dec 2024 är 65 %, marginellt bättre än 2023 då det var 64 %.</p> <p>I vuxenpsykiatrin har 87 % av patienterna som väntar på första besök väntat i mindre än 90 dagar, målet 85 % nås. Nybesöksmålet nås även för Bup, 83 % har väntat mindre än 30 dagar. Tillströmning av patienter med i första hand neuropsykiatrisk problematik är fortsatt mycket stor. Psykiatriakuten i Kristianstad är sedan snart två år stängd nattetid men tar sedan mitten av året dygnet runt emot patienter med polisbeslut om bedömning för vårdintyg.</p>	<p>Arbete enligt uppdrag att ta fram förslag för att säkerställa tillgänglighet till akut psykiatri har genomförts under året, förslag har lämnats till PHHN i december. Psykiatriska akutmottagningen i Kristianstad stänger fortsatt kl. 16:30, det finns en plan på att utöka öppethållandet under början av 2025, patienter med polisiärt LPT beslut (Lag om psykiatrisk tvångsvård) tas sedan mitten av året emot dygnet runt. Alternativa arbetsmetoder som mellanvård och vård i hemmet minskar behovet av att söka akut och av heldygnsvård. Samarbete mellan verksamhetsområden har förbättrat tillgängligheten.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>Stoppet avseende anlitanade av sjuksköterskor från bemanningsföretag förstärkte under första halvåret sjuksköterskebristen. Under hösten har läget förbättrats i några VO men bristen på sjuksköterskor är fortfarande påtaglig. Söktrycket till Bup har ökat. Alternativa arbetsätt kan ha en positiv effekt.</p> <p>Riskvärdet är oförändrat inför 2025.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.			
<p>Tillgänglighet – brist på vårdplatser inom heldygnsvården</p> <p>Risk för ytterligare brist på vårdplatser utöver den redan befintliga vårdplatsbristen på grund av för få sjuksköterskor, vilket kan leda till allvarligt försämrade tillgänglighet för patienterna.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>	<p>Frågan/risken har mycket hög prioritet och bevakas kontinuerligt via FLG och i täta vårdplatsemöten med verksamhetschefer och stab samt årligt vårdplatsemöte. Bevakas även via regionalt samordningsmöte. Målet att öka antalet vårdplatser har endast delvis uppnåtts. Ett fåtal vårdplatser har öppnats vid VUP Kristianstad. Sommarstängning har behövts. Kompensatoriska insatser genom mellanvård, dagvård, mobila team och psykiatriambulanser finns och motverkar eskalering av risken.</p> <p>Rapportering avseende vårdplatssituationen i VUP Kristianstad med utgångspunkt i registrering i avvikelshanteringssystemet, avseende patienter som bedöms skulle ha lagts in om man hade haft adekvat med vårdplatser, visar att det i nuläget finns en handfull patienter varje</p>	<p>Fortsatt löpande och aktiv vårdplatskoordination förebygger skev belastning på VO så att patientsäkerhet och fungerande arbetsmiljö upprätthålles och nyrekrytering underlättas. Därtill skyddar kompensatoriska vårdformer men situationen är fortsatt mycket ansträngd och inte optimal för de patienter som behöver flyttas runt i organisationen på grund av vårdplatsbristen.</p> <p>Fler tillfälliga stängningar får inte ske eftersom det erfarenhetsmässigt lett till ytterligare stängningar kopplat till en exitspiral.</p> <p>Rekryteringsarbete och insatser såväl ekonomiska som schematiska ska prioriteras.</p> <p>Dialogmöte är planerat vid VUP Kristianstad där politik, förvaltningsledning, verksamhetsledning och verksamhetsrepresentanter deltar.</p>	<p>Kompetensbristen, dvs. sjuksköterskebristen är fortsatt påtaglig och hyrstoppet som gav initialt negativ effekt, av förklarliga skäl, har hittills endast haft marginell effekt på totalen. Tecken på en positiv vändning finns.</p> <p>Riskenivå är dock oförändrat inför 2025.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
		<p>vecka där man inom ramen för akutbesök eller öppenvård gör en annan planering än ineliggande vård trots att det vore det bästa alternativet.</p> <p>Vårdplatskoordinatorer bidrar till att plats ordnas när det verkligen behövs.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	Fortsatt aktiv riskhantering 2025.		
<p>Ej evidensbaserad vård erbjuds patienterna</p> <p>Risk för att patienter erbjuds vård som inte är evidensbaserad på grund av omvärldsfaktorer eller särintressen, vilket kan leda till att patienter inte får den bästa vården utifrån sina behov.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>	<p>Kunskapsstyrningsorganisationen och lokalt programområde (LPO) psykisk hälsa, arbetar för att säkerställa bästa möjliga evidens.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Alla standardiserade vårdprocesser (SVP) har reviderats och granskats 2024. Vidare planeras för att skapa en gemensam struktur för samtliga SVP inom förvaltningens verksamhetsområden.</p> <p>Passiv riskhantering 2025. För 2025 kommer etablerad riskhantering att finnas då utvärdering av följsamhet till SVP kommer att göras under året.</p>	<p>Risken är fortfarande hög och uppföljning behöver ske kontinuerligt.</p> <p>Riskvärdet är oförändrat inför 2025.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>
<p>Ej ändamålsenliga lokaler</p> <p>Risk för ej ändamålsenliga lokaler på grund av bristande planering, eftersatt underhåll, ej adekvat lokalmatchning och brist på lokaler att hyra, vilket kan leda till försämrad arbetsmiljö, brist på</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>	<p>Ändamålsenliga lokalresurser är av största vikt för att möta behovet och efterfrågan av patientinsatser, samt erbjuda stimulerande arbetsmiljö för personalen. Förvaltningen arbetar med ständiga förbättringar och det har</p>	<p>Förvaltningen arbetar med åtgärder för att optimera lokalytor i synnerhet inom området administration. Det kan även göras inom andra områden och att verksamheter/mottagningar i större omfattning samutnyttjar lokaler. Dessutom görs underhåll och</p>	<p>Sannolikt kommer risknivån inte förbättras under plan perioden. Investeringar för att förbättra och flytta till/anpassa nya</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
tillgänglighetsanpassning och patientsäkerhetsrisker.		<p>verkställt flera åtgärder inom verksamheterna under året.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>förbättringar utifrån de ekonomiska förutsättningar som finns.</p> <p>Förvaltningen arbetar med framtagande av kriterier vid fastställande av vad som skall prioriteras vid tilldelning av investeringar.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>lokaler är begränsade på grund av det rådande ekonomiska läget.</p> <p>Riskenivå är oförändrat inför 2025.</p>	
<p>Brister i bemötande av patienter</p> <p>Risk för försämrat bemötande, särskilt kopplat till akuta tillstånd hos unga och vuxna med beroendeproblematik på grund av oklarheter vad gäller överlämnande till annan huvudman, vilket kan leda till att patienterna förlorar förtroendet för vården.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Allvarlig</p>	<p>Gott och professionellt bemötande är prioriterat i förvaltningens patientsäkerhetsarbete. Beslut utifrån samsjuklighetsutredningen har inte fattats ännu.</p> <p>Ett fåtal avvikelser rapporteras varje månad i avvikelshanteringssystemet avseende brister i bemötande av patienter. Det handlar främst om enskilda individer som inte tagit den hänsyn som en situation krävt. Det finns ett fåtal enheter inom heldygnsvården (psykiatri) som har en patientsäkerhetskultur som behöver förbättras.</p>	<p>Åtgärder behöver vidtas med utgångspunkt i beslut om huvudmannaskap för beroendevården.</p> <p>Bemötandefrågor följs genom avvikelshanteringssystemet och i Patientsäkerhetsrådet. Kontinuerlig uppföljning görs av klagomål och avvikelser gällande brister i bemötande.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>Inga konsekvenser under 2024 av samsjuklighetsutredningen då beslut ännu inte har fattats.</p> <p>Riskenivå är oförändrat inför 2025.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Allvarlig</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
		Resultat är i nivå med ursprungligt riskvärde.			
<p>Brister i genomförandet av digitaliseringen</p> <p>Risk för att tillgängliga digitala tjänster inte används i tillräcklig omfattning på grund av brist på personal och/eller tid för implementering, vilket kan leda till bristande följsamhet till regionala beslut och att den digitala omställningen inte kan genomföras i den takt som behövs.</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>	<p>Införande av 1177 Tidbokning i enlighet med RD:s inriktningsbeslut.</p> <p>Kunskapshöjande utbildningsinsatser har genomförts, och ett förvaltningsbeslut har tagits, vilket knyter samman schemaläggning, 1177 tidsbokning med förvaltningens tidsplan för SDV.</p> <p>Kontinuerlig bevakning har skett genom kvartalsrapporter, verksamhetsdialoger och regelbundna möten med verksamhetsrepresentanter.</p> <p>Bevakningen visar att verksamheter med primärvårdsuppdrag fullföljt implementering samt att det inom specialistvården pågår förberedelsearbete och planering</p>	<p>Fortsatt aktiv uppföljning och utvärdering av pågående implementering.</p> <p>Fortsatt kravställning gällande information om förutsättningar och förändringar i och med SDV (grad av standardisering, teknisk funktionalitet samt beroenden vårdkontaktsorsaker och schemaläggning).</p> <p>Därefter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bedömning om det fortsatt finns behov av att värdera 1177 Tidbokning ur ett patientsäkerhetsperspektiv utifrån olika verksamhetsområdens förutsättningar och patientgrupper. - ställningstagande till ev revidering av förvaltningsbeslut om schemaläggning och tidsbokning. - aktiva kommunikations- och utbildningsinsatser för att säkerställa 	<p>Risk för att digitala tjänster underutnyttjas på grund av personal- och tidsbrist, motstånd mot nya arbetssätt och fördröjd information inför utrollningen av SDV, vilket kan resultera i att regionala beslut inte efterlevs och digitala omställningen försenas.</p> <p>Riskvärdet är oförändrat inför 2025.</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		<p>om införande för enstaka besökstider/patientgrupper.</p> <p>Utmaningarna varierar och innefattar bemanning, kunskap om funktionalitet, samt finns delade uppfattningar om lämpligheten, särskilt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.</p> <p>Riskanalys för att värdera patientsäkerhetsperspektivet har planerats, men pausats på grund av att samlad information om förutsättningarna för 1177 Tidbokning i SDV inte har varit tillgänglig.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>förståelse och förberedelse vid övergången till SDV.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025. Risken revideras inför 2025 för att tydligare reflektera kopplingarna till tillgänglighetsarbetet och RD-beslut kring schemaläggning och tidbokning.</p>		
<p>Felaktig hantering av attester</p> <p>Risk för att systemet Sesam som används inom VO Hjälpmedel inte uppfyller de krav som finns i attestreglementet.</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>	<p>Utredning och översyn pågår.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Utredning och översyn pågår.</p> <p>Lösning skulle kräva en omfattande utveckling av systemet Sesam, samtidigt är Sesam föremål för upphandling. Utvecklingsarbetet återupptas när upphandlingen är genomförd.</p>	<p>Sannolikt kommer risknivån inte förbättras under plan perioden.</p> <p>Riskenivån är oförändrad inför 2025.</p>	<p>Hög</p> <p>Sannolik Kännbar</p>

Risker som bevakas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
			Fortsatt aktiv riskhantering 2025.		
Brister i hantering av e-tjänstekort, reservkort och nyckelkort Risk för brister i hanteringen av e-tjänstekort, reservkort och nyckelkort på grund av otillräcklig kunskap om de styrande dokument som finns inom området, vilket kan leda till att fel personer får tillgång till lokaler och it-system.	Hög Möjlig Kännbar	Förvaltningen har uppmärksammat ett behov av att ta fram en beskrivning av roller och ansvar. Arbetet kommer att genomföras i samband med förberedelser inför SDV. Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.	Beskrivning av roller och ansvar kring hantering av e-tjänstekort, reservkort och nyckelkort samt kommunikationsinsatser för ökad kunskap kring regionala styrdokument. Fortsatt aktiv riskhantering 2025.	Arbeta med beskrivning av roller och ansvar kommer att ske i samband med förberedelser inför SDV. Risknivån är oförändrad inför 2025.	Hög Möjlig Kännbar

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
<p>Bristande informationssäkerhet avseende personuppgifter</p> <p>Risk för att personuppgifter inte hanteras korrekt och att sekretessen äventyras på grund av bristande information, kunskap och förståelse kring lagar och regler, vilket kan leda till att riktlinjer och rutiner inte följs och antalet personuppgiftsincidenter ökar.</p>	<p>Hög</p> <p>Mindre sannolik</p> <p>Allvarlig</p>	<p>Granskningen omfattar sekretessfaktorer, om utbildningsinsatser genomförts som planerat, hantering av säker e-post, statistik gällande loggkontroller samt avvikelser i avvikelshanterings-systemet.</p> <p>Uppföljning sker genom utdrag ur Lärportalen. Antalet anställda som har giltiga certifikat avseende utbildningen <i>Säker Informationshantering</i> är 1 454 personer. Ett resultat som innebär att cirka 31 % av förvaltningens personal har gällande certifikat. I jämförelse med föregående år ska detta ses som positivt även om siffran sjunkit något, detta eftersom nuvarande certifikat är giltigt under 1 år mot tidigare 2 år.</p> <p>Regional mognadsmätning vart 3:e år samt årsrapportering till patientsäkerhetsberättelsen.</p> <p>Resultat är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Tydliggöra instruktioner för genomförande av loggkontroller samt följa upp genomförda registrerade loggkontroller.</p> <p>Fortsätta driva ökad kunskap kring informationssäkerhet och dataskydd, bl.a. genom obligatorisk utbildning i säker informationshantering och IT- och cybersäkerhet, samt kompletterande dataskyddsutbildning.</p> <p>Påminnelse om att genomföra utbildningen <i>Säker informationshantering</i> och uppföljning av antal genomförda utbildningar.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>Påminnelse och uppföljning av utbildningen <i>Säker informationshantering</i>.</p> <p>Risknivån är oförändrad inför 2025.</p>	<p>Hög</p> <p>Mindre sannolik</p> <p>Allvarlig</p>

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
<p>Brist på tillgång till medicinteknisk utrustning</p> <p>Risk för brist i tillgång till Hjälpmedel/medicinteknisk utrustning på grund av brister avseende uppföljning/ upphandling i enlighet med förvaltningsmodellen och rätt kompetenser i denna, vilket kan leda till ineffektiv vård och bristande patientsäkerhet.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>	<p>Utifrån</p> <ul style="list-style-type: none"> dialog med enhetschef för sortimentsenheten, sortiments- och avtalsledare, områdeschef för order/ logistik kring bemanning i förvaltningsgrupper inom patientbuden funktionsdiagnostik, information och utbildning i hur man arbetar i styr och förvaltningsmodellen samt dialog med Dig ITMT och Koncerninköp, <p>har övergripande riktlinjer tagits fram som beskriver hur förvaltning och upphandling av Hjälpmedel/MT-utrustning kopplat till IT-utrustning, IT-system, digitala tjänster, appar eller annan mjukvara, ska hanteras.</p> <p>Sortiment- och avtalsledare har fått i uppdrag att bemanna de förvaltningsgrupper som är aktuella och SAO (styrnings- och ansvarsområdesforum) kommer att starta upp ny förvaltningsgrupp där det saknas.</p>	<p>Fortsatt dialog med Digitalisering ITMT och Koncerninköp för att lyfta problematiken med Hjälpmedel/medicinteknisk utrustning. Vi ser ett behov av att serviceförvaltningarna ökar sitt samarbete för att hitta lösningar och tar fram relevanta processer för Hjälpmedel/medicinteknik.</p> <p>Synpunkter har lämnats i arbetet med serviceförvaltningarnas samordning och "en väg in" kring Hjälpmedels uppdrag som serviceorganisation i syfte att Hjälpmedel inkluderas i arbetet. Ett omtag behöver göras och frågan behöver bevakas.</p> <p>Sortimentsenheten inom VO Hjälpmedel bör fortsatt ta ett större aktivt ansvar för samordningen med övriga vårdförvaltningar i samband med upphandling. Forum för detta finns inom styr och förvaltningsmodellen och sammanfattande riktlinjer för hur processen ser ut finns framtaget.</p>	<p>Konsekvenser som uppstår i förhållande till risken är bland annat försenade och avbrutna upphandlingar.</p> <p>Risk att riskanalyser inte genomförs enligt rutiner och att Hjälpmedel står utanför den nya styr- och ansvarsmodellen som syftar till ökad digital transformation.</p> <p>Fortsatt behov av att serviceförvaltningarna ökar sitt samarbete och involverar Hjälpmedel som serviceorganisation för att hitta lösningar och relevanta processer.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.	Ett ökat fokus på Hjälpmedels uppdrag i samband med ny styr- och ansvarsmodell bör säkerställas. Fortsatt aktiv riskhantering 2025.	Riskenivån är oförändrad inför 2025.	
Brister i utomlänsfakturering Risk för brister i hanteringen av utomlänsfakturering på grund av bristande följsamhet till regelverk och rutiner, vilket kan leda till uteblivna intäkter.	Påtaglig Sannolik Lindrig	VO Hjälpmedel/Adm. enheten (numera Enheten för verksamhetsstöd) fakturerar utomlänspatienter. Sesam uppdateras löpande med uppgifter från Skatteverket vilket gör att en faktura automatiskt genereras från Sesam. Vad gäller Sesam LMN (Speciallivsmedel) – gör GSF faktureringen manuellt efter uppgifter från ett rapportunderlag de tar ut månadsvis (excelfil med koppling till Sesams LMN's databas). Granskningen omfattar hur många utomlänspatienter förvaltningen har haft och om fakturering har skett avseende dessa. Adm. enheten har infört nedan förbättringar. Man har fått en bättre hantering tack vare arbeten som gjorts med bla.:	Riskenivån har sjunkit till Låg och risken utgår 2025.	Riskenivån har sjunkit med anledning av resultatet av riskhanteringen. Riskenivån inför 2025 är låg och risken utgår 2025.	Låg Mindre sannolik Lindrig

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		<p>1. Hörsel – utprovningar tar tid och fakturering ska ske inom 6 månader från förskrivning. Regel är införd om att släppa alla underlag inom 6 månader och bakåt. Vid fakturering per 31 december släpps underlag för augusti och bedömningen är att man har hittat rätt i sin rutin.</p> <p>Detta motverkar att vi väntar förgäves och att förskrivare missar att rapportera att utprovning är klar, och att debitering följaktligen kan ske på korrekt sätt.</p> <p>2. Förskrivning på remiss av Ortopedtekniska tjänster – ingen tydlig prisbild på vad behandling kommer att kosta. I Visma webSesam manual är det angivet att förskrivare alltid ska inhämta hemregions godkännande för att säkerställa att 10.000:- gränsen ej passeras utan</p>			

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Risknivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Risknivå per 250131
		godkännande. Om hemregion inte har godkänt betalningsansvar blir förskrivande enhet betalningsansvarig. Här har betalningsansvar kopplats ihop med baskoden (vart patient bor). Man har förebyggt och säkerställer numera att vi fakturerar fler än tidigare. Positivt resultat i förhållande till ursprungligt riskvärde.			
Brister i fakturering kopplat till Nationell högspecialiserad vård (NHV) Risk för brister i fakturering av NHV på grund av att verksamheten och rutinerna är nya, vilket kan leda till uteblivna intäkter.	Hög Sannolik Kännbar	Stickprovsgranskning har genomförts under året och några fel har inte funnits. Rutinen är till vissa delar manuell varför risk för missar finns. Risknivån bedöms vara oförändrad.	Fortsatt aktiv riskhantering 2025.	Risknivån är oförändrad inför 2025.	Hög Sannolik Kännbar
Ojämlig vård Risk för att kvinnor diagnosticeras för sent på grund av en annan symtombild än männens, vilket kan leda till lidande för den enskilda individen.	Hög Möjlig Kännbar	Verksamheten ska kontinuerligt utvärdera vården utifrån ett jämlikhetsperspektiv för att kunna uppnå planperiodens mål att minska omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården. Patientupplevelser utvärderas kontinuerligt i samband med den nationella patientenkäten	För att få mer kunskap om vad detta beror på kan förvaltningens klagomål analyseras. VO kan få mer kunskap genom till exempel den pågående analys av klagomålen som inkommit till PHH under 2024.	Risknivån är oförändrad inför 2025. Risken utgår då patientupplevelser är föremål för	Hög Möjlig Kännbar

Risker som granskas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		<p>(NPE) och andra systematiska patientundersökningar.</p> <p>Granskningen omfattar hur män respektive kvinnor upplever vården i samband med NPE, som genomförts inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri våren 2024.</p> <p>Det finns risk för ojämlik vård mellan kvinnor och män. Risken har granskats utifrån nationell patientenkät inom psykiatriens öppenvård år 2022 och 2024. Resultaten visar att risken kvarstår då kvinnor skattar sin upplevelse av psykiatrisk öppenvård lägre än män både 2022 och 2024.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Patientupplevelser utvärderas kontinuerligt och bedöms inte behöva hanteras inom ramen för intern kontroll.</p> <p>Risken utgår 2025.</p>	kontinuerlig utvärdering.	

Risker som åtgärdas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
<p>Köp av icke kvalitetssäkrade varor och tjänster</p> <p>Risk för köp av icke kvalitetssäkrade varor och tjänster till för hög kostnad på grund av att vi bryter ingångna avtal, bristande följsamhet avseende Lagen om offentlig upphandling och bristande följsamhet till regler och riktlinjer, vilket kan leda till att leverantörer tappar förtroendet för Region Skåne som kund, bristande kvalitet i förvaltningens verksamhet, för höga kostnader för köpta varor och tjänster samt upphandlingsskadeavgift.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>	<p>Regionala riktlinjer har förtydligats. Lokala anvisningar behöver bli mer kända.</p> <p>Revision av direktupphandlingar har genomförts.</p> <p>Ökad användning av nyinrättade regionala funktioner (inköpssupport).</p> <p>Positivt resultat i förhållande till ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Fortsätta arbetet med att sprida kunskap.</p> <p>Förbättrad kommunikation med regionala stödfunktioner.</p> <p>Analys av resultat av revisionen.</p> <p>Begränsning av antalet beställare i förvaltningen.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>Bedömningen är att risken är något lägre än ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Påtaglig</p> <p>Mindre sannolik Kännbar</p>
<p>Ej rättvisande redovisning inom VO Hjälpmedel</p> <p>Risk för att rättvisande redovisning ej sker i systemet Sesam på grund av att alla kontroller i systemet inte sker på rätt sätt och med rätt frekvens, vilket kan leda till att det redovisas ett felaktigt resultat för VO Hjälpmedel.</p>	<p>Hög</p> <p>Möjlig Kännbar</p>	<p>Rutin finns numera. VO Hjälpmedels Adm. enhet (Enheten för verksamhetsstöd) har implementerat periodiska kontroller samt även fördelat periodiska kontroller till andra enheter inom Hjälpmedel, såsom Logistik och Mottagningarna. Kontroll sker av att alla steg i processen är slutförda och att allt i flödet är gjort, exempelvis om orderna har blivit fakturaavstämmda. Om något steg inte är färdigställt görs punktinsatser för att steget ska färdigställas.</p>	<p>Fortsätta det påbörjade arbetet med att förstå hur kontrollerna påverkar redovisningen och vilka rutiner som behöver implementeras för att vara i fas.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025. Hanteringsmetod ändras till Bevakas.</p>	<p>Bedömningen är att risknivån är något lägre än ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Påtaglig</p> <p>Mindre sannolik Kännbar</p>

Risker som åtgärdas		Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 - Deluppföljning			
Riskanalys och hanteringsplan 2024–2026		Genomförd riskhantering		Risknivå per 250131	
Risk	Riskenivå	Resultat av riskhantering	Förbättringsområden och vidare hanteringsbehov	Motivering - Risknivå	Riskenivå per 250131
		<p>Periodiska kontroller är identifierade och införda av Adm. enheten enligt rutiner som fanns föreslagna i Sesam och utöver dessa utvecklas rutiner även för sådant som kontinuerligt uppdagas. Det är säkerställt att Logistik och Mottagningarna tagit ägandeskap för sina periodiska kontroller (egenkontroller).</p> <p>Eftersom kontrollerna genomförs är resultatet positivt i förhållande till ursprungligt riskvärde</p>			
<p>Lönekonkurrens med andra arbetsgivare</p> <p>Risk för lönekonkurrens mellan kommuner, regioner och privat verksamhet på grund av brist på kompetens, vilket kan leda till att förvaltningen inte kommer att kunna rekrytera de medarbetare som behövs för att ge patienterna vård utifrån behov.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>	<p>Förvaltningschef och förvaltningens HR-enhet har deltagit i det regionövergripande arbetet.</p> <p>Region Skåne har startat upp ett arbete med <i>målbild lika villkor</i> och arbetet innebär att konkurrens gällande ersättningar inom Region Skåne motverkas. Förvaltningen följer de riktlinjer som arbetet resulterat i.</p> <p>Resultatet är i nivå med ursprungligt riskvärde.</p>	<p>Lönevillkor ingår i arbetet med att vara en attraktiv arbetsgivare och löneöversyn sker årligen.</p> <p>Fortsatt arbete pågår för att åstadkomma lika villkor.</p> <p>Fortsatt aktiv riskhantering 2025.</p>	<p>Arbetet med målbild lika villkor förväntas ge resultat först på sikt och risknivån är oförändrad 2025.</p>	<p>Mycket hög</p> <p>Sannolik Allvarlig</p>