

2021	PH4N	Administrativ	A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning	A1	Risk finns för att målet om "Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning" inte uppnås på grund av svårigheter med att hantera vissa strategiska projektoppgifter och ändrade arbetsbety, vilket kan leda till skadliga ekonomiska som förordensmässiga skador	15	Projektedrivning	Risk för att kostnader för projekt kostnadsfritt felaktigt på grund av svårigheter att skilja på kostnader (t. ex. förskottsavgifter), vilket kan leda till att projektkostnader belastar verksamhetens ordinarie budget.	2	4	8	Ekonomischer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Stöckprov av större projekt	1 ggr/år	Ekonomer	T2 samt ÅR	Kontrollen skall göras en gång per år - kommer att utföras under hösten	2	4	8	Kontrollen har utförts i samband med genomgång av samliga projekt vid årsavslutet.	Inga avvikelser har funnits under 2021, men kontrollen kommer fortsätta under 2022 eftersom några nya stora projekt har påbörjats, fortsatt arbete inom BUP	
2021	PH4N	Administrativ	A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning	A1	Risk finns för att målet om "Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning" inte uppnås på grund av svårigheter med att hantera vissa strategiska projektoppgifter och ändrade arbetsbety, vilket kan leda till skadliga ekonomiska som förordensmässiga skador	16	Kontroll av att en organisations enhet endast belastas med kostnader för rätt personal	Risk för att enheter visas för höga personalkostnader på grund av att de belastas med kostnader för personal som inte tillhör enheten, vilket kan leda till ett påtrasslande redovisning för enskilda verksamheter.	4	3	12	Ekonomischer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Stöckprov på två VO, 2 mån. Jämförande av lista med veligt belästade lönekostnader med vilka som är anställda på enheten	1 ggr/år	Ekonomer/HR-specialist	T2 samt ÅR	Andet stöckprov till ett svarar inom varje VO under 1 mån. Metoden måste testas i mindre skala inför T2, för att ev utvecklas till ÅR.	4	3	12	Arbete med att utöka samarbetet mellan ekonomer och HR-specialister har fortgått, ett konkret exempel är uppföljning av semesteravgift	Arbetet fortsätter under 2022.	
2021	PH4N	Administrativ	A2 Upphandling och inköp	A2	Risk finns för att målet om "Upphandling och inköp" inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med direkt förvärd avskaffning, vilket kan leda till skadliga ekonomiska som förordensmässiga skador	17	Inköp av kontormaterial	Risk för köp av rika kvalitetsstärkta varor till för hög kostnad på grund av att vi byter ingångna avtal, bristande följsamhet avseende LOU och bristande följsamhet med regler och riktlinjer, vilket kan leda till att leverantörer lagar försvändar för Region Skåne som kund, upphandlingskostnader och ökade kostnader för köpta varor och tjänster.	2	4	8	Ekonomischer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontroll av alla kostnader från ej avstade leverantörer på basis 40313 Konsumentsamt	2 ggr/år	Redovisningsansvarig	T2 samt ÅR	Kontroll genomförd för perioden 2101-03. Endast en liten andel av alla transaktioner har skett med de avstade leverantörer, <1%, och till lilla belopp.	1	2	2	Ett område som tidigare avvek från avtal är livsmedelsförbruk, men under 2022 har Region Skåne lyckats avtal med en leverantör vilket blev en vinstvinst. Avstadeleverantören som dets område har tidigare kontaktats för information om avtalsbrott.	Avstaföljsamhet ingår i den löpande kontrollen förutom, någon särskild kontrollpunkt behövs inte. När och för vilka delar av Marknadsstyrelsen och till försäkras avstade leverantörer.	
2021	PH4N	Administrativ	A2 Upphandling och inköp	A2	Risk finns för att målet om "Upphandling och inköp" inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med direkt förvärd avskaffning, vilket kan leda till skadliga ekonomiska som förordensmässiga skador	18	Hyr/flyttat material som finns upphandlat	Risk för att avtal bryts på grund av att varor hyrs/flyttas istället för att köpas in från avstade leverantörer, vilket kan leda till ökade kostnader för Region Skåne.	3	3	9	Ekonomischer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontroll av alla kostnader från ej avstade leverantörer på basis 62	1 ggr/år	Ekonomer	T2 samt ÅR	Kontroll av alla kostnader från ej avstade leverantörer på basis 62	3	2	6	Avstaföljsamheten startade i mitten av december.	Upphandlingen fortgår under våren 2022	
2021	PH4N	Administrativ	A2 Upphandling och inköp	A2	Risk finns för att målet om "Upphandling och inköp" inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med direkt förvärd avskaffning, vilket kan leda till skadliga ekonomiska som förordensmässiga skador	19	Fastighetsunderhåll	Risk för att kostnader för fastighetsunderhåll kommer på fel sätt på grund av att samma kostnad faktureras både förvaltningen och Regionfastigheter, vilket kan leda till dubbel utbetalning till extern leverantör.	2	4	8	Ekonomischer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontrollera processen via stöckprov och samtidigt utvärdera en QV applikation som hjälp	löpande	Ekonomer	T2 samt ÅR	Uppdatera gamla Sund QV-applikationen för arbetsord. Göra stöckprov och öta på interna arbetsordrar kontra externa fakturor.	2	4	8	Fortsatt resursbrist under hösten, QV-applikation ännu ej uppdaterad.	Kontrollen flyttas till våren 2022	
2021	PH4N	Administrativ	A3 Kompetensförnying och bistyrar	A3	Risk finns för att målet om "Kompetensförnying och bistyrar" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet med gällande regelverk för bistyrar, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förordensmässiga skador	20	Förslag om god matching mellan utbild och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt	Risk för att kompetensförnyingen inte kan säkerställas på grund av att utbild och rekrytering inte fungerar som förväntat, vilket kan leda till att verksamheten inte klarar sitt uppdrag och patienter inte får den vård man har behov av	4	4	16	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Kontakt med VC kring innehåll i kompetensförnyingsplanerna och ev. behov av kompetensförnyingsplanerna och ev. behov av rekryteringsalternativ stöd för implementering	3 ggr/år	HR-chef	T1, T2 samt ÅR	Uppföljning av bemärkningarna har gjorts i samband med verksamhetsdagerna i mars och maj. Samtliga VO har stora svårigheter att rekrytera och risken är stor att målet inte nås, följande uppdaterade planer för rekrytering.	4	4	16	Under 2021 har arbetet med 2022 års kompetensförnyingsplanerna på VO- och förvaltningsnivå som följande för att förbättra möjligheterna att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare. Trots förslaget avstuderat (även fortsatt ett vald tillägg gällande vissa brytningar och kompetensförnyingen har funnits sådana överlapp.	Förvaltningen har arbetat strukturerat med kompetensförnyingsplanerna på VO- och förvaltningsnivå som följande för att förbättra möjligheterna att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare. Trots förslaget avstuderat (även fortsatt ett vald tillägg gällande vissa brytningar och kompetensförnyingen har funnits sådana överlapp.		
2021	PH4N	Administrativ	A3 Kompetensförnying och bistyrar	A3	Risk finns för att målet om "Kompetensförnying och bistyrar" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet med gällande regelverk för bistyrar, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förordensmässiga skador	21	Förebygg och förkorta sjukfrånvaro genom hälsotänkande arbetsmiljö och hållbart arbete	Risk för att sjukfrånvaro ökar/ökar till på en hög nivå på grund av brister i arbetsmiljön, vilket kan leda till att medarbetare är sjukfrånvarande i onödan och att verksamhetens förmåga att klara sitt uppdrag påverkas negativt.	3	3	9	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Verksamheter och stabschefer	Uppföljning av sjukfrånvaro vid verksamhetsdagerna	4 ggr/år	HR-chef	T2 samt ÅR	Uppföljning har skett på verksamhetsdagerna samt i styrelsekommittén. Sjukfrånvaro har i de flesta VO planat ut enligt punkt.	3	3	9	I arbetet med kompetensförnyingsplanerna för 2022 har förvaltningen fokuserat på att se helhetsbilden gällande att attrahera och rekrytera ny personal som rekryteringsplanerna och rekryteringsplanerna har gett resultat.	Sjukfrånvaro är fortsatt hög men har minskat. Bedömningen är att rekryteringsplanerna och rekryteringsplanerna har gett resultat.	
2021	PH4N	Administrativ	A3 Kompetensförnying och bistyrar	A3	Risk finns för att målet om "Kompetensförnying och bistyrar" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet med gällande regelverk för bistyrar, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förordensmässiga skador	22	Följ brister inom skadliga kompetenser och rekrytering av alla kompetenser	Risk för att vi får svårt att anställa specialiserade kompetenser på grund av brister i arbetsmiljön, vilket kan leda till ökat behov av rekrytering och risk för brister i patienttjänsten.	4	3	12	VC samt HR-chef	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Följa och ta fram handlingsplaner vid brist	Uppföljning i samband med verksamhetsdagerna	4 ggr/år	HR-chef	T2 samt ÅR	Uppföljning har genomförts vid verksamhetsdagerna, risken kvarstår.	4	3	12	Verksamheterna har arbetat strukturerat med att minska beroendet av hyperpersonell genom olika kompetensförnyingsplaner. Totalt har användandet av hyperpersonell minskat.	Diagnos från kring flyttningen vid samliga verksamhetsdagerna, behov av förvaltningsplanerna stöd identifieras löpande.	
2021	PH4N	Administrativ	A3 Kompetensförnying och bistyrar	A3	Risk finns för att målet om "Kompetensförnying och bistyrar" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet med gällande regelverk för bistyrar, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förordensmässiga skador	23	Alla anställda som har bistyrar ska informeras i arbetsmiljön om dem	Risk för att anställda inte informeras i arbetsmiljön om bistyrar på grund av brister i efterlevnad av riktlinjer gällande bistyrar, vilket kan leda till att medarbetare har bistyrar som är olämpliga, felaktiga, konkurrerande eller förordensmässiga.	3	2	6	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Punktnöds i form av kontakt med enskilda chefer	Instruktion om uppföljning av bistyrar skickas till VC och SC. Redovisade bistyrar lämnas till HR	1 ggr/år	HR-chef	T2 samt ÅR	Rutinen för bistyrar följs och informeras om.	3	2	6	Området hålls under uppgitt.	Rutin för hantering av bistyrar är kommunicerad och fungerar.	Nytt system för att anmäla bistyrar digitalt införs med målet att förbättra processen
2021	PH4N	Administrativ	A3 Kompetensförnying och bistyrar	A3	Risk finns för att målet om "Kompetensförnying och bistyrar" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet med gällande regelverk för bistyrar, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förordensmässiga skador	24	Arbetsgivaren ska efterfråga uppgifter hos alla anställda om bistyrar	Risk för att arbetsgivaren inte efterfrågar uppgifter om bistyrar på grund av brister i efterlevnad av riktlinjer gällande bistyrar, vilket kan leda till att medarbetare kan ha bistyrar som är olämpliga, felaktiga, konkurrerande eller förordensmässiga.	3	2	6	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Punktnöds i form av kontakt med enskilda chefer	Instruktion om uppföljning av bistyrar skickas till VC och SC. Redovisade bistyrar lämnas till HR	1 ggr/år	HR-chef	T2 samt ÅR	Rutinen för bistyrar följs och informeras om.	3	2	6	Området hålls under uppgitt.	Rutin för hantering av bistyrar är kommunicerad och fungerar. Kompetenserna med att hjälpa ställa i medarbetarsamtal.	
2021	PH4N	Administrativ	A4 Verksamhetsbeslut	A4	Risk finns för att målet om "Verksamhetsbeslut" inte uppnås på grund av missstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med flera enheter, vilket kan leda till att fattade beslut inte får genomföras eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd	25	Besluts- och delegeringsordning med tillhörande behörigheter	Risk för att beslutsordning inte följs på grund av att medarbetare/chefer inte har tillräckligt med beslutsordning, vilket kan leda till att beslut fattas på fel nivå, vilket kan leda till att efterfrågade tjänster inte erhålls.	3	3	9	Samtliga chefer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	2020 års beslutsordning uppdateras och kommuniceras till chefer	Stöckprovskontroll om beslutsordningen följs	1 ggr/år	Administrativ chef	T2 samt ÅR	Arbetsgrupp har uppdaterat beslutsordning. Två punkter kvarstår under områdena och HR. Kommer att förändras och implementeras under hösten.	1	1	1	Förvaltningens beslutsordning har uppdaterats, fastställs av förvaltningschef och kommuniceras till chefer. Stöckprovskontroll har genomförts inom förvaltningens stabschefer och nya avvikelser har noterats. Beslutsordningen hålls starkt ihop med stabschef i Plandance, dessa har övervakats under hösten och kommande har gjorts vid behov.	Beslutsordningen uppdateras årligen.	
2021	PH4N	Administrativ	A4 Verksamhetsbeslut	A4	Risk finns för att målet om "Verksamhetsbeslut" inte uppnås på grund av missstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med flera enheter, vilket kan leda till att fattade beslut inte får genomföras eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd	26	Ärendebehandling, delegering, arkivering, efterfråga och sekretess	Risk för att regler för ärendebehandling, delegering, arkivering, efterfråga och sekretess inte följs på grund av bristande kunskaper om gällande lagar och regler, vilket kan leda till att efterfrågade tjänster inte erhålls.	3	3	9	Samtliga chefer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Arbete är inlett och kommer att fortsätta under 2021	Att utbildningsanstalt är genomförd och att hemvist är på plats där rutiner och information för förvaltningen samtas	1 ggr/år	Administrativ chef	T2 samt ÅR	Utbildningar sker löpande genom administrativ chef och stabschef/stabschefer. Vissa punktnöds har gjorts vid gällande Lex Barn- och ungdomshälsningen Malmö, delegering, BUP Helsingborg. Uppdaterade rutiner, utbildningar har funnits samlat under administrativa enhetens hemvist och kommer på grund av organisationsförändring att flyttas till hemvist för förvaltningsledning och stabs.	1	1	1	Utbildningar har skett löpande genom administrativ chef och stabschef/stabschefer. Vissa punktnöds har gjorts vid gällande Lex Barn- och ungdomshälsningen Malmö, delegering, BUP Helsingborg. Uppdaterade rutiner, utbildningar har funnits samlat under administrativa enhetens hemvist och kommer på grund av organisationsförändring att flyttas till hemvist för förvaltningsledning och stabs.		
2021	PH4N	Administrativ	A4 Verksamhetsbeslut	A4	Risk finns för att målet om "Verksamhetsbeslut" inte uppnås på grund av missstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med flera enheter, vilket kan leda till att fattade beslut inte får genomföras eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd	27	Avvikelsehantering	Risk för att förvaltningen inte klarar av de avvikelser som rapporteras in i avvikelsehanteringssystemet på grund av brister i avvikelsehanteringssystemet, vilket kan leda till att nödvändiga åtgärdsåtgärder inte genomförs.	3	4	12	Samtliga chefer	Ja, åtgärdsplan i interkontrollplan	Avvikelser ska systematiskt rapporteras och åtgärder ska frammanföras utifrån konstaterad brist	Användning av Gröna korset köpt till avvikelsehanteringssystemet med regelbunden uppföljning i patientsekretessorganisationen för spridning av bristerna och förbättringsåtgärder. Förvaltningen kontrollerar samliga avvikelser. Stöckprovskontroll av förbättringsåtgärder via verksamhetens patientsekretessorganisation.	löpande	Enhetsschef Patientsekretess och kvalitetsutveckling/ Chefjurist	T2 samt ÅR	Förvaltningens samliga avvikelser har kontrollerats, värderats och sammanfattats i tabellen Gröna korset (GK) på månatlig basis. Ger överblick och underlag för fokuserad nödvändig åtgärder. Förbättringsarbete i patientsekretessorganisationens stöckprovskontroll av förbättringsåtgärder via verksamhetens patientsekretessorganisation.	3	3	9	Den månatliga uppföljningen av GK för stabschef, generellt förbättringsarbete och exempelvis behovet i Högsta läkarsamfundet stabschef, GK avvikelser på temat under årsskiftet. Lysa med samordnare för uppföljning åtgärder i Högsta läkarsamfundet och exempelvis GK strukturer.	Ingen egentlig avvikelser följande men betydelsen av säker och tydliga kommunikationsvägar kan inte underskattas och därför kommer förvaltningen under våren att utvärdera en ny rutin för detta.	

Övergripande kontrollområde	Beskrivning av övergripande kontrollområde	Verksamhetsspecifika delkontrollområde	Beskrivning av risk	Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskägare  Roll/befattning	Beslut om åtgärd	Beskrivning av åtgärd	Aktivitet/metod/avgränsning	Tidpunkt för rapportering till nämnd
V1 Bättre liv och hälsa för fler	Risk finns för att målet om ”Bättre liv och hälsa för fler” inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förebyggande arbete, vilket kan leda till försämringar gällande service och nöjdhetsgrad.	Patienten upplever att man får stöd med hälsofrämjande och förebyggande insatser	Risk för att patienten på grund av brister i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet drabbas av sjukdom eller ohälsa som hade gått att undvika, vilket kan leda till onödigt lidande för individen. Risk för att sjukvårdens och samhällets resurser inte används på ett effektivt sätt, vilket försvårar arbetet med att nå en bättre hälsa för fler.	4	3	12	VC	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån uppföljning av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort 2021	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T1, T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Patienten upplever att man får överenskommen vård i rätt tid	Risk för att vi inte når de nationella och regionala tillgänglighetsmålen på grund av brist på kompetens och att omställningen till mer digital vård inte går tillräckligt snabbt, vilket kan leda till att patienter försämrats i sitt sjukdomstillstånd och får försämrat förtroende för den specialiserade vården.	3	3	9	VC	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån uppföljning av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort 2021	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T1, T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Patienten har inflytande över och medverkar i sin egen vård	Risk för att vi inte skapar värde för patienten på grund av att patienten inte har inflytande över eller medverkar i sin egen vård, vilket kan leda till att man blir mindre motiverad och mindre följsam till behandlingar/insatser. Risk för att vissa får för mycket och andra för lite vård vilket innebär att resurser inte används på ett optimalt sätt.	4	3	12	VC	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån uppföljning av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort 2021	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T1, T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Patienten upplever att vården är trygg och att man får den hjälp som behövs	Risk för att patienten på grund av brister i patientsäkerheten utsätts för skada eller risk som hade kunnat undvikas, vilket kan leda till att patienten utsätts för onödigt lidande. Risk för att patienten suiciderar.	4	3	12	VC/Chefläkare	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån uppföljning av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort 2021 Åtgärd utifrån förvaltningens handlingsprogram för suicidprevention	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T1, T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Patienten upplever att vården samordnas utifrån behov	Risk för att patienten faller mellan stolarna på grund av bristande samordning, vilket kan leda till att patienten inte får den vård man har rätt till. Risk för fragmenterad vård, förlängda vårdtider och att överlämningar inte fungerar tillfredsställande. Risk för dåligt resursutnyttjande och arbetsmiljöproblem.	4	3	12	VC	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån uppföljning av aktiviteter kopplade till förvaltningens målkort 2021	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T1, T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Särskilt verksamhetsanpassat delkontrollområde: Tillgänglighet till vård och behandling	Risk för att medborgare inte får utredning och behandling i rätt tid på grund av köer, vilket kan leda till att patienter får vänta oskäligt länge och därmed utsätts för onödigt lidande. Risk för att vården blir fragmenterad i de fall utredning respektive behandling görs av olika vårdgivare, vilket kan leda till brister i kontinuitet och samordning för patienterna.	3	3	9	VC	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån konstaterad brist avseende tillgänglighet eller samordning	Uppföljning av tillgänglighet i samband med verksamhetsdialoger Uppföljning av samordningslistor för patienter som får antingen utredning eller behandling av privata vårdgivare	T2 samt ÅR
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om ”Tillgänglighet och kvalitet” inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattnng.	Ökad digitalisering	Risk för att ökad digitalisering inte uppnås på grund av att implementering av nya digitala tjänster i förvaltningen inte sker på ett systematiskt och planerat sätt, vilket kan leda till att digitala vårdkontakter inte kan genomföras i önskad omfattning.	3	4	12	VC, Chef IT och e-hälsa	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Förvaltningen arbetar enligt en gemensam och tydlig process för implementering och uppföljning av ökad digitalisering	Uppföljning av att möjligheter till digitala vårdkontakter har ökat	T2 samt ÅR
V3 Hållbar utveckling i hela Skåne	Risk finns för att målet om ”Hållbar utveckling i hela Skåne” inte uppnås på grund av områdets komplexitet och förseningar i olika projekt, vilket, på flera områden, kan leda till en sämre utveckling för Skåne och dess invånare än om målet om ”Hållbar utveckling i hela Region Skåne” uppnås.	Den kliniska forskningen ska öka	Risk för att den kliniska forskningen kopplad till rehabiliteringsområdet inte ökar på grund av otillräckligt antal personer med forskarkompetens, vilket kan leda till att ny kunskap inte inhämtas, utvecklas och används i önskvärd omfattning.	3	3	9	VC samt FoUU-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärd utifrån konstaterad brist	Löpande dialog/uppföljning avseende förvaltningens aktiviteter kopplade till forskning inom rehabiliteringsområdet	T2 samt år
V3 Hållbar utveckling i hela Skåne	Risk finns för att målet om ”Hållbar utveckling i hela Skåne” inte uppnås på grund av områdets komplexitet och förseningar i olika projekt, vilket, på flera områden, kan leda till en sämre utveckling för Skåne och dess invånare än om målet om ”Hållbar utveckling i hela Region Skåne” uppnås.	Särskilt verksamhetsanpassat delkontrollområde: Digitalisering	Risk för att medarbetare och patienter inte kommer åt material (journaler mm.) i it-systemen på grund av störningar, till exempel i samband med införande av Skånes Digitala Vårdsystem, vilket kan leda till risker vad gäller patientsäkerheten. Risk för att vård på distans inte fungerar på ett tillfredsställande sätt på grund av brister i förutsättningarna för patienter eller	3	3	9	VC, Chef IT och e-hälsa	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Förvaltningen deltar i utvecklings- och implementeringsarbetet för SDV. Ev. risker eller avvikelser hanteras inom ramen för SDV-organisationen. Följsamhet till förvaltningens handlingsplan för implementering av 1177 vårdguiden. Åtgärd utifrån konstaterad brist.	Driftstörningar och planerade åtgärder kommuniceras av den regionala IT- och driftsorganisationen på Intranätet. Uppföljning av handlingsplanen för 1177 sker 2 gånger per år.	T2 samt ÅR
V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Risk finns för att målet om ”Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet” inte uppnås på grund av svårigheter med kompetensförsörjning och bemanningsfrågor, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande fullmäktigemålen.	Särskilt verksamhetsanpassat delkontrollområde: Kompetensförsörjning	Risk för att kompetensförsörjningen inte kan säkerställas på grund av brist på specialistkompetens, vilket kan leda till långa väntetider för patienterna och dålig arbetsmiljö för medarbetarna.	4	3	12	VC, HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Utifrån analys ta fram handlingsplaner där det behövs	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T2 samt ÅR

V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Risk finns för att målet om ”Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet” inte uppnås på grund av svårigheter med kompetensförsörjning och bemanningsfrågor, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande fullmäktigemålen.	Särskilt verksamhetsanpassat delkontrollområde: Arbetsmiljö, med avseende på lokaler	Risk för dålig arbetsmiljö för medarbetarna på grund av otillfredsställande lokaler inom vissa verksamheter, vilket kan leda till att medarbetarna inte har fungerade arbetsplatser eller blir sjuka av arbetsmiljön.	4	3	12	VC, Adm chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Insatser utifrån konstaterad brist	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T2 samt ÅR
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om ”Långsiktigt stark ekonomi” inte uppnås på grund av svårigheter med att anpassa kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höjda skatter och avgifter alternativt kvalitetsförsämringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Särskilt verksamhetsanpassat delkontrollområde: Rättsspsykiatri	Risk för att förvaltningen inte kan tillgodose lämplig rättspsykiatrisk vård inom den egna verksamheten på grund av ett ökande antal patienter, vilket kan leda till ökade kostnader för köpt rättspsykiatrisk vård och i förlängningen drabba andra patientgrupper om resurser för dem måste minskas motsvarande.	4	3	12	FC, Chef Rättspsykiatri	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Bevakning av kostnader kopplat till rättspsykiatrisk vård. Åtgärd utifrån konstaterad brist/konstaterat underskott.	Uppföljning i samband med månadsrapport	Månadsrapport
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om ”Långsiktigt stark ekonomi” inte uppnås på grund av svårigheter med att anpassa kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höjda skatter och avgifter alternativt kvalitetsförsämringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Budgeten ska vara i balans	Risk för att underskott i budgeten inträffar på grund av ökad efterfrågan på förvaltningens tjänster och hög kostnadsutveckling, vilket kan leda till att patienternas behov av vård inte kan tillgodoses fullt ut.	4	4	16	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Enheter som visar avvikelser uppmannas ta fram åtgärdsplaner för att uppnå en budget i balans	Uppföljning i samband med månadsrapport	Månadsrapport
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/upphandlingar och ändrade arbetssätt, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador	Utbetalning av ersättning för personliga utlägg via HR Fönster	Risk för att utbetalningar som strider mot regelverk sker på grund av bristfälliga kontroller, vilket kan leda till att vi bryter mot Region Skånes regelverk för reseersättning, avtalsbrott och felaktig momsredovisning	3	4	12	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Stickprov av större belopp, 2 st per VO	T2 samt ÅR
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/upphandlingar och ändrade arbetssätt, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador	Projektreddovisning	Risk för att kostnader för projekt kostnadsförs felaktigt på grund av svårigheter att skilja på kostnader (t. ex. lönekostnader), vilket kan leda till att projektkostnader belastar verksamhetens ordinarie budget.	2	4	8	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Stickprov av större projekt	T2 samt ÅR
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/upphandlingar och ändrade arbetssätt, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador	Kontroll av att en organisatorisk enhet endast belastas med kostnaden för rätt personal	Risk för att enheter visar för höga personalkostnader på grund av att de belastas med kostnader för personal som inte tillhör enheten, vilket kan leda till ej rättvisande redovisning för enskilda verksamheter.	4	3	12	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Stickprov på två VO, 2 mån. Jämförelse av lista med verkligt belastade lönekostnader med vilka som är anställda på enheten.	T2 samt ÅR
A2 Upphandling och inköp	Risk finns för att målet om ”Upphandling och inköp” inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med därtill hörande avtalsstyrning, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador.	Inköp av kontorsmaterial	Risk för köp av icke kvalitetssäkrade varor till för hög kostnad på grund av att vi bryter ingångna avtal, bristande följsamhet avseende LOU och bristande följsamhet mot regler och riktlinjer, vilket kan leda till att leverantörer tappat förtroendet för Region Skåne som kund, upphandlingsskadeavgift och ökade kostnader för köpta varor och tjänster.	2	4	8	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontroll av alla kostnader från ej avtalade leverantörer på konto 64510	T2 samt ÅR
A2 Upphandling och inköp	Risk finns för att målet om ”Upphandling och inköp” inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med därtill hörande avtalsstyrning, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador.	Hyra/leasa material som finns upphandlat	Risk för att avtal bryts på grund av att varor hyrs/leasas istället för att köpas in från avtalad leverantör, vilket kan leda till ökade kostnader för Region Skåne.	3	3	9	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontroll av alla kostnader från ej avtalade leverantörer på konto 62	T2 samt ÅR
A2 Upphandling och inköp	Risk finns för att målet om ”Upphandling och inköp” inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med därtill hörande avtalsstyrning, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador.	Fastighetsunderhåll	Risk för att kostnader för fastighetsunderhåll hamnar på fel enhet på grund av att samma kostnad faktureras både förvaltningen och Regionfastigheter, vilket kan leda till dubbel utbetalning till extern leverantör.	2	4	8	Ekonomichef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Åtgärder vidtas utifrån resultatet av kontrollen	Kontrollera processen via stickprov och samtidigt utveckla en QV applikation som hjälp	T2 samt ÅR
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor	Risk finns för att målet om ”Kompetensförsörjning och bisysslor” inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	Främja en god matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt	Risk för att kompetensförsörjningen inte kan säkerställas på grund av att utbud och efterfrågan på arbetskraft inte korrelerar, vilket kan leda till att verksamheten inte klarar sitt uppdrag och patienter inte får den vård man har behov av.	4	4	16	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Kontakt med VC kring innehållet i kompetensförsörjningsplanen och ev. behov av revidering alternativt stöd för implementering	Kontroll av att underlag för personalplanering finns inom respektive verksamhet. Underlaget omfattar redovisning av personalomsättning, åldersfördelning samt ev. kända förändringar uppdelat per yrkesgrupp.	T1, T2 samt ÅR
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor	Risk finns för att målet om ”Kompetensförsörjning och bisysslor” inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	Förebygga och förkorta sjukfrånvaron genom hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbart arbetsliv	Risk för att sjukfrånvaron ökar/kvarstår på en hög nivå på grund av brister i arbetsmiljön, vilket kan leda till att medarbetare är sjukskrivna i onödan och att verksamhetens förmåga att klara sitt uppdrag påverkas negativt.	3	3	9	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Verksamheter och staber genomför hälsofrämjande insatser i samarbete med HR-enheten	Uppföljning av sjukfrånvaron vid verksamhetsdialoger	T2 samt ÅR

A3 Kompetensförsörjning och bisysslor	Risk finns för att målet om "Kompetensförsörjning och bisysslor" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrad tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	Följa brister inom särskilda kompetenser och inhyrning av olika kompetenser	Risk för att vi får svårt att anställa specialistkompetens på grund av brist på sjuksköterskor, vilket kan leda till ökat behov av inhyrning och risk för brister i patientsäkerheten.	4	3	12	VC samt HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa och ta fram handlingsplaner vid brist	Uppföljning i samband med verksamhetsdialoger	T2 samt ÅR
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor	Risk finns för att målet om "Kompetensförsörjning och bisysslor" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrad tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	Alla anställda som har bisysslor ska informera arbetsgivaren om dem	Risk för att anställda inte informerar arbetsgivaren om bisysslor på grund av brister i efterlevnad av rutiner gällande bisyssla, vilket kan leda till att medarbetare har bisysslor som är olämpliga, tidskrävande, konkurrerande eller förtroendskadliga.	3	2	6	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Punktinsats i form av kontakt med enskilda chefer	Instruktion om uppdatering av bisyssla skickas till VC och SC. Redovisade bisysslor lämnas till HR	T2 samt ÅR
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor	Risk finns för att målet om "Kompetensförsörjning och bisysslor" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrad tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	Arbetsgivaren ska efterfråga uppgifter hos alla anställda om bisysslor	Risk för att arbetsgivaren inte efterfrågar uppgifter om bisyssla på grund av brister i efterlevnad av rutiner gällande bisyssla, vilket kan leda till att medarbetare kan ha bisysslor som är olämpliga, tidskrävande, konkurrerande eller förtroendskadliga.	3	2	6	VC, SC samt HR-chef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Punktinsats i form av kontakt med enskilda chefer	Instruktion om uppdatering av bisyssla skickas till VC och SC. Redovisade bisysslor lämnas till HR	T2 samt ÅR
A4 Verkställighet beslut	Risk finns för att målet om "Verkställighet av beslut" inte uppnås på grund av misstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med långa styrkedjor, vilket kan leda till att fattade beslut inte blir genomförda eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd.	Besluts- och delegationsordning med tillhörande behörigheter	Risk för att beslutsordning inte följs på grund av att medarbetare/chefer inte har kännedom om gällande beslutsordning, vilket kan leda till att beslut fattas på fel nivå.	3	3	9	Samtliga chefer	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	2020 års beslutsordning uppdateras och kommuniceras till chefer	Stickprovskontroll om beslutsordningen följs	T2 samt ÅR
A4 Verkställighet beslut	Risk finns för att målet om "Verkställighet av beslut" inte uppnås på grund av misstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med långa styrkedjor, vilket kan leda till att fattade beslut inte blir genomförda eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd.	Ärendeberedning, diarieföring, arkivering, offentlighet och sekretess	Risk för att regler för ärendeberedning, diarieföring, arkivering, offentlighet samt sekretess inte följs på grund av bristande kännedom om gällande lagar och regler, vilket kan leda till att offentlighetsprincipen inte efterlevs.	3	3	9	Samtliga chefer	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Arbete är inlett och kommer att fortsätta under 2021	Att utbildningsinsatser är genomförda och att hemvist är på plats där rutiner och information för förvaltningen samlas	T2 samt ÅR
A4 Verkställighet beslut	Risk finns för att målet om "Verkställighet av beslut" inte uppnås på grund av misstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med långa styrkedjor, vilket kan leda till att fattade beslut inte blir genomförda eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd.	Avvikelsehantering	Risk för att förvaltningen inte drar lärdom av de avvikelser som rapporteras in i avvikelsehanteringssystemet på grund av brister i avvikelsehanteringsprocessen, vilket kan leda till att nödvändiga förbättringsåtgärder inte genomförs.	3	4	12	Samtliga chefer	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Avvikelser ska systematiskt rapporteras och åtgärder tas fram. Insatser utifrån konstaterad brist	Användning av Gröna korset kopplat till avvikelsehanteringssystemet med regelbunden uppföljning i patientsäkerhetsorganisationen för spridning av lärdomar och förbättringsåtgärder. Förvaltningen kontrollläser samtliga avvikelser. Stickprovskontroll av förbättringsåtgärder via veksamheternas patientsäkerhetssamordnare.	T2 samt ÅR

Matris risk- och väsentlighetsbedömning

KONSEKVENSN	4 Allvarlig - är så stor att fel inte får inträffa	4	8	12	16	13-16: Direkt åtgärd krävs!	Minimera riskerna
	3 Kännbar - uppfattas som besvärande för intressenter/ Region Skåne	3	6	9	12	9-12: Reducera riskerna!	Åtgärda
	2 Lindrig - uppfattas som liten av intressenter och/eller Region Skåne	2	4	6	8	4-8: Håll under uppsikt!	Uppmärksamhet krävs
	1 Försumbar - är obetydlig för intressenter och/eller Region Skåne	1	2	3	4	1-3: Inget agerande krävs!	Vi accepterar riskerna
	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		
SANNOLIKHET							

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.

Riskkarta Plan för intern kontroll 2021 Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden

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 Bättre liv och hälsa för fler

V2 Tillgänglighet och kvalitet

V3 Hållbar utveckling i Skåne

V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet

V5 Långsiktigt stark ekonomi

A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning

A2 Upphandling och inköp

A3 Kompetensförsörjning och bisysslor

A4 Verkställighet beslut

2021		Rapportering av plan och uppföljning intern kontroll		P	DR	ÅR								
	2021	Psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden	REGION SKÅNE			Uppgift saknas		Uppgift saknas						
										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.	13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera	Större avvikelse		
													9-12: Reducera riskerna - åtgärda	Avvikelse
1-3: Inget agerande krävs - acceptera	Obetydlig avvikelse													
		Bättre liv och hälsa för fler	12	8										
						Tillgänglighet och kvalitet	11	9						
										Hållbar utveckling i hela Skåne	9	9		
Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	12													12
		Långsiktigt stark ekonomi	14	6										
						1) Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning	11	11						
										2) Upphandling och inköp	8	5		
3) Kompetensförsörjning och bisysslor	10													10
		4) Verkställighet beslut	10	4										

Övergripande					
Ar	NSID	ID	Övergripande kontrollområde	ID	Beskrivning av övergripande kontrollområde
2021			Hjälpmedelsområden utanför Sesam (Peruk)		Må: Patienten är nöjd
2021			Hjälpmedelsområden utanför Sesam (Peruk)		Avstämning rekvirant mot faktura
2021			Hjälpmedelsområden utanför Sesam (Peruk)		Må: Korrekt bokföring
2021			Hjälpmedelsområden utanför Sesam (Peruk)		Monskontroll
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam LMN (Inkontinens, Speciallivsmedel, Diabetes)		Må: Patienten är nöjd
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam LMN (Inkontinens, Speciallivsmedel, Diabetes)		Må: Patienten får leverans i rätt tid
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam LMN (Inkontinens, Speciallivsmedel, Diabetes)		Förskrivningsutlåt - behörighet överensstämmer med regelverk
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam LMN (Inkontinens, Speciallivsmedel, Diabetes)		Rätt egenavgift för speciallivsmedel
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam S2 (Medicinska behandlingshjälpmedel, Ortopediska hjälpmedel)		Må: Patienten är nöjd
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam S2 (Medicinska behandlingshjälpmedel, Ortopediska hjälpmedel)		Må: Patienten får leverans i rätt tid
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam S2 (Medicinska behandlingshjälpmedel, Ortopediska hjälpmedel)		Förskrivningsutlåt - behörighet överensstämmer med regelverk
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam S2 (Medicinska behandlingshjälpmedel, Ortopediska hjälpmedel)		Rätt egenavgift
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam S2 (Medicinska behandlingshjälpmedel, Ortopediska hjälpmedel)		Förskrivningsutlåt - behörighet vid ändrad uppdragsavgång
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam (Bifrag/Glasögonbidrag)		Må: Patienten är nöjd
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam (Bifrag/Glasögonbidrag)		Avstämning rekvirant mot faktura
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam (Bifrag/Glasögonbidrag)		Må: Korrekt bokföring
2021			Hjälpmedelsområden inom Sesam (Bifrag/Glasögonbidrag)		Monskontroll

Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll							P	P	P	Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll				
ID	Verksamhetsspecifika delkontrollområde	RiskID	Beskrivning av risk	Konsekvens	Sårbarhet	Relevans	Risikigare Roll/befattning	Beslut om åtgärd	Beskrivning av åtgärd	Åtgärdsmetod/utvärdering	Frekvens	Utförare	Tidpunkt för rapportering till nämnd	
	Att patientens symptom bedöms till förbättring.		Risk att inte kunna följa upp patientens symptom där inga uppgifter på besöksstället finns i e-postsystem. Konsekvens: Att produktionsläget inte utvecklas i linje med patienternas behov och önskemål.	4	2	8	VO Hjälpmedel		Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	VO Hjälpmedel/AVIC koordinatör	T2 samt Årligen	
	Att rekvisition stämmer överens med fakturan. Rekvisition bifogas fakturan.		Risk att patienten får felaktig bidrag. Konsekvens: Att felaktiga utbetalningar sker.	3	3	9	VO Hjälpmedel		Test och löpande kontroll	Stockprov Årligen	Årligen	GSP	Årligen	
	Att befordring ska ske på korrekt sätt i Rändance på alla koddelar.		Risk att det blir felaktig kontrolleringsbiföring. Konsekvens: Felaktig uppföljningsstatistik	3	3	9	VO Hjälpmedel		Test och löpande kontroll	Rändance Årligen	Årligen	GSP	Årligen	
	Att momsregler följs.		Risk för att felaktig momsavdrag görs. Konsekvens: Att felaktiga momsavdrag sker.	3	3	9	VO Hjälpmedel		Punktsats för korrigering av fel	Stockprov Årligen	Årligen	GSP	Årligen	
	Att patienternas symptom bedöms till förbättring.		Risk att patienternas symptom inte tas tillvara i processarbetet. Konsekvens: Att produktionsläget inte utvecklas i linje med patienternas behov och önskemål.	2	3	6	VO Hjälpmedel		Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	VO Hjälpmedel/AVIC koordinatör	T2 samt Årligen	
	Att patienten leverans utlörs inom rimlig tid.		Risk att leverans inte genomförs enligt avtal. Konsekvens: Att patienten får vänta på hjälpmedel.	3	4	12	VO Hjälpmedel		Uppföljning	Sesam/QW/Månadvis	Månadvis	VO Hjälpmedel/SAL	T2 samt Årligen	
	Att forskningsgraten följer regelverk. Läkare och sjuksköterskor är forsknare.		Risk att forskningsgrat innehåller av personer som ej är behöriga. Konsekvens: Att regelverket efterföljs ej	2	3	6	VO Hjälpmedel		Korrigering av behörigheter. Punktsats för utvärder.	Kontrolleras vid upplägg i systemet	T2 samt Årligen	Systemadministration Sesam	T2 samt Årligen	
	Att rätt egenavgift faktureras till patienten		Risk att fel belopp faktureras.	3	4	8	VO Hjälpmedel		Löpande kontroll	Sesam/QW/Månadvis	Månadvis	Controller Sesam	T2 samt Årligen	
	Att patienternas symptom bedöms till förbättring.		Risk att patienternas symptom inte tas tillvara i processarbetet. Konsekvens: Att produktionsläget inte utvecklas i linje med patienternas behov och önskemål.	2	3	6	VO Hjälpmedel		Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	VO Hjälpmedel/AVIC koordinatör	T2 samt Årligen	
	Att patientens leverans utlörs inom rimlig tid.		Risk att leverans inte genomförs enligt avtal. Konsekvens: Att patienten får vänta på hjälpmedel.	3	4	12	VO Hjälpmedel		Uppföljning	Sesam/QW/Månadvis	Månadvis	VO Hjälpmedel/SAL	T2 samt Årligen	
	Att forskningsgraten följer regelverk. Läkare och sjuksköterskor är forsknare.		Risk att forskningsgrat innehåller av personer som ej är behöriga. Konsekvens: Att regelverket efterföljs ej	2	3	6	VO Hjälpmedel		Korrigering av behörigheter. Punktsats för utvärder.	Kontrolleras vid upplägg i systemet	T2 samt Årligen	Systemadministration Sesam	T2 samt Årligen	
	Att rätt egenavgift faktureras till patienten		Risk att fel belopp faktureras.	3	4	8	VO Hjälpmedel		Löpande kontroll	Sesam/QW/Månadvis	Månadvis	Controller Sesam	T2 samt Årligen	
	Att forskningsgraten avslutas		Risk att forskningsgrat innehåller av personer som ej är behöriga samt kostar ickeavsett. Konsekvens: Överhörig forskning och kostnadsbelastning.	2	3	6	VO Hjälpmedel		Korrigering av behörigheter.	Jmf Skilnadsaktlagen	T2 samt Årligen	Systemadministration Sesam	T2 samt Årligen	
	Att patienternas symptom bedöms till förbättring.		Risk att inte kunna följa upp patienternas symptom där inga uppgifter på besöksstället finns i e-postsystem. Konsekvens: Att produktionsläget inte utvecklas i linje med patienternas behov och önskemål.	4	2	8	VO Hjälpmedel		Ärendehantering Avic	Avic	Löpande	VO Hjälpmedel/AVIC koordinatör	T2 samt Årligen	
	Att rekvisition stämmer överens med fakturan. Rekvisition bifogas fakturan.		Risk att patienten får felaktig bidrag. Konsekvens: Att felaktiga utbetalningar sker.	3	3	9	VO Hjälpmedel		Test och löpande kontroll	Stockprov Årligen	Årligen	VO Hjälpmedel/Systemadministration Sesam	T2 samt Årligen	
	Att befordring ska ske på korrekt sätt i Rändance på alla koddelar.		Risk att det blir felaktig kontrolleringsbiföring. Konsekvens: Felaktig uppföljningsstatistik	3	3	9	VO Hjälpmedel		Test och löpande kontroll	Rändance Årligen	Årligen	GSP	Årligen	
	Att momsregler följs.		Risk för att felaktig momsavdrag görs. Konsekvens: Att felaktiga momsavdrag sker.	3	3	9	VO Hjälpmedel		Punktsats för korrigering av fel	Stockprov Årligen	Årligen	GSP	Årligen	

Delårsrapportering - Uppföljning av plan för intern kontroll				DR	DR	DR	Årsredovisning - Uppföljning av plan för intern kontroll		Å
Rapportering/avvikelse av att åtgärder/kontroller genomförs samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna	Kontrollens	Samarbete	Responstid	Rapportering/avvikelse av att åtgärder/kontroller genomförs samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna	Grad av avvikelse		
Ingen avvikelse noterad.		2	3	6	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande.	Inga förbättringsområden är identifierade			
Kontroller görs hela.		2	3	6	74 st fakturor har granskats och på 7 st fakturor saknades revision	Själhushyrskontrollen i Kristianstad och Ystad måste säkerställas att revision finns tillgänglig till fakturans i Ransdalen			
Kontroller görs hela.		2	3	6	78 st fakturor har granskats och på 10 st fakturor är kontroller på fel konto	Erfarenheterna måste fortsätta arbetas för att rutinen gällande kontroller av penalfakturer följs.			
Kontroller görs hela.		2	3	6	75 st fakturor har granskats och 14 st har inte korrigerat moment på fakturor	Själhushyrskontrollen i Ystad och Trelleborg måste arbetas för att rutinen gällande moms på penalfakturer följs.			
				8					
Fanns 3 rutiner och 2 inkontroller avvikelse. Sammanställs hela.		2	3	6	Åtgärd görs löpande.	Inga förbättringsområden är identifierade			
Regelbunden övervakningsuppföljning och bevakning i Sersam vilket lett till att inga övervakningsförelägganden har uppstått.	Inga förbättringsområden är identifierade.	3	3	9	Åtgärd görs löpande.	Inga förbättringsområden är identifierade			
Vi följer de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.	2	2	4	Vi följer de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.			
Löpande kontroller görs vid bokslut innan fakturering.	Inga förbättringsområden är identifierade, följer regelverket. Automatiserad faktureringsrutin	4	2	8	Följer regelverket. Automatiserad faktureringsrutin	Inga förbättringsområden är identifierade.			
				8					
Ingen avvikelse noterad.		2	3	6	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande.	Inga förbättringsområden är identifierade			
Säkerhetsmeddelande om problem på CHAP andringshjälpmedel från Philips. Ca 17 000 patienter är berörda. Ett regionalt och förbättringsovervakande arbete påbörjades för att hantera den uppkomna situationen till en POKA, kommunikationsplan och delvis av brev till berörda patienter.	Reglering av utrustning till Philips. Ägarens, ingående av delvaror från Philips. Detta har lett till att säkerhetsutrustningen har varit i behov av byte under hösten	4	4	16	Ingen förändring gentemot halvårsuppföljningen.	Ekonomiska medel är reserverade i bokslutet.			
Vi följer och följer upp de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.	2	2	4	Vi följer de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.			
Löpande kontroller görs vid fakturering.	Inga förbättringsområden är identifierade, följer regelverket	2	3	6	Följer regelverket. Automatiserad faktureringsrutin	Inga förbättringsområden är identifierade.			
Vi följer och följer upp de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.	2	2	4	Vi följer de rutiner som finns för resp. område.	Inga förbättringsområden är identifierade.			
				8					
Ingen avvikelse noterad.		2	3	6	Ingen avvikelse noterad, åtgärd löpande.	Inga förbättringsområden är identifierade.			
Kontroll av samtliga bidrag.	Inga förbättringsområden är identifierade.	3	3	9	Kontroll av samtliga bidrag.	Inga förbättringsområden är identifierade.			
Kontroller görs hela.		2	1	2	93 st fakturor har granskats och 7 st hade avvikelse gällande inkost.	Hanteringen av fakturor direkt från opstiller behovet förbättras så att även dessa kontrolleras med rätt inkost.			
Kontroller görs hela.		2	1	2	93 st fakturor har granskats och endast 1 hade moms på utläggningen.	Hanteringen av fakturor direkt från opstiller behovet förbättras så att även dessa följer gällande regelverk.			

