



# **Uppföljning av internkontrollplan - helår 2025**

Ambulans, diagnostik och hälsa  
Helår 2025

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Uppföljning av kontrollmoment .....</b>	<b>4</b>
2.1	Systematiskt patientsäkerhetsarbete .....	4
2.2	Systematiskt patientsäkerhetsarbete .....	5
2.3	Säkerhet och beredskap .....	6
2.4	Inköp, avtal och upphandling .....	7
2.5	Inköp, avtal och upphandling .....	8

# 1 Sammanfattning

Enligt fastställt reglemente för intern kontroll ska respektive nämnd/styrelse varje år anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa har efter genomförd riskanalys fastställt en internkontrollplan för Ambulans, diagnostik och hälsa gällande verksamhetsåret 2025.


Den interna kontrollplanen för 2025 omfattar totalt fem områden.


Tre av områdena bedöms uppfylla, ett område delvis uppfyllt och ett område är ej uppfyllt.

## 2 Uppföljning av kontrollmoment

### 2.1 Systematiskt patientsäkerhetsarbete


Risk att utredning, hantering och åtgärder av avvikelser fördröjs på grund av bristande kännedom om funktioner i stödsystem

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p><b>Finns det fördröjningar i utredning, hantering och åtgärder av avvikelser på grund av ofullständigt ifyllda avvikelser avseende orsak, åtgärd och uppföljning?</b></p> <p><i><b>Beskrivning av metod</b></i> <i>Stickprov, rapporterade avvikelser</i></p>	<p>Av de nära 2000 avvikelser i Platina som registrerats under 2025 är 2,5% analyserade. De är fördelade på samtliga verksamheter och delvis relaterade till antalet avvikelser inom respektive verksamhet. Flertalet avvikelser är korrekt handlagda och en förbättring både beträffande orsaksanalyser och en fullständig bearbetning av avvikelserna kan ses. Slutsatsen blir att det inte finns någon fördröjning i utredning, hantering och åtgärder. Uppföljning av beslutade och utförda åtgärder dokumenteras sällan, en möjlig förklaring är att avvikelserna inte kan avslutas förrän uppföljningen är klar, samtidigt som det tidigare målet att avsluta alla avvikelser inom tre månader fortfarande påverkar arbetssättet. Denna iakttagelse påverkar inte slutsatsen ovan.</p> <p> Uppfyllt</p>

Åtgärd	
Fortbildning i avvikelshantering	<p>Utbildningen på Kompetensportalen "Platina - en praktisk handledning i avvikelshantering" är nu publicerad och samtliga avvikelshanterare och chefer inom ADH rekommenderas att genomföra den. Antalet som genomfört utbildningen kommer att följas under 2026 inom ramen för det nya sättet att fånga underlag till patientsäkerhetsberättelsen.</p> <p> Ska åtgärdas</p>


## 2.2 Systematiskt patientsäkerhetsarbete



Risk att inte kunna dra slutsatser på aggregerad nivå på grund av olika sätt att registrera och hantera avvikelser samt brister i utdata

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p><b>Finns brist eller olikheter i hur avvikelser registreras i de olika verksamheterna?</b></p> <p><i><b>Beskrivning av metod</b></i> <i>Enkät till avvikelsehanterare</i> <i>Statistik över genomgången utbildning bland avvikelsehanterare</i></p>	<p>En enkät har skickats till alla verksamhetschefer och medlemmar i ADH referensgrupp Platina avvikelser. Det har inkommit 16 svar, där samtliga verksamheter är representerade.</p> <p>Arbetsätt och organisation kring avvikelshantering är i grunden lika. Bevakning och triagering sker av avdelningschef och/eller avvikelsesteam i de flesta fall dagligen - en gång/vecka. Bearbetning utförs främst av avdelningschef och oftast med assistans av avvikelsesteam samt vid behov medicinskt ansvarig läkare.</p> <p>Flertalet som jobbar med avvikelser har gått någon av eller båda de utbildningar som finns i kompetensportalen; "Grundläggande patientsäkerhet för medarbetare" och "Avvikelsehandläggare i Platina". Den senaste avvikelseutbildningen om Platina var inte publicerad då enkäten pågick.</p> <p>Utmaningar som beskrevs är bland annat att systemet Platina är svåränvänt, högt flöde av avvikelser, tidsbrist och handläggningen av kliniköverskridande avvikelser. Dessutom saknas hjälp med vissa rapporter/sammanställningar ur Platina. Återkoppling till medarbetarna ges bland annat på APT, individuellt och på ledningsgrupper samt medicinska ronder. Bedömningen är att likheterna är större än skillnaderna. Inga brister är identifierade ur enkätsvaren. Tolkningen är att det är möjligt att dra generella slutsatser på en aggregerad nivå.</p> <p> Uppfyllt</p>

## 2.3 Säkerhet och beredskap


Risk att obehöriga kommer in i regionens lokaler och system pga ej avslutade behörigheter eller SITHS-kort på avvägar


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<b>Finns felaktiga passagebehörigheter bland medarbetare?</b>  <i><b>Beskrivning av metod</b> Stickprov, behörigheter bland medarbetare som bytt tjänst inom eller från ADH</i>	<p>Under våren kontrollerades om passagebehörighet justerats i samband med byte av anställning inom Region Halland. Samtliga förflyttningar (27 st) inom en sexmånadersperiod kontrollerades och 5 av dessa (19 %) hade passagebehörigheter som inte avslutats korrekt. 6 st (22 %) hade vid tillfället dubbla anställningar inom olika verksamheter och därmed dubbla passagebehörigheter. Resultatet av kontrollen är att förflyttningarna till största del har hanterats korrekt men då inga felaktiga behörigheter ska förekomma sätts åtgärder in.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

Åtgärd	
Kontakt med ansvarig	<p>Direktkontakt med ansvariga chefer har tagits med uppmaning att avsluta behörigheter. Åtgärden har följt upp och felaktiga behörigheter har rättats.</p> <p> Har åtgärdats</p>
Information	<p>Den planerade informationsinsatsen under hösten 2025 har inte genomförts eftersom vi inväntat möjligheten att använda plattformen <i>One Identity</i> för identitets- och åtkomsthantering. <i>One Identity</i> ska ge chefer bättre förutsättningar att överskådligt se och enkelt justera medarbetares behörigheter, bland annat för passage.</p> <p>Då införandet av <i>One Identity</i> har dragit ut på tiden, kommer informationsinsatsen att genomföras i Chefsnytt under början av 2026, baserat på rådande förutsättningar.</p> <p> Ska åtgärdas</p>

## 2.4 Inköp, avtal och upphandling


Risk att regler och rutiner för inköp, upphandling och tecknande av avtal inte följs

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p><b>Följer ADH:s verksamheter regler och rutiner för inköp, upphandling och tecknande av avtal?</b></p> <p><b>Beskrivning av metod</b> <i>Stickprov, direktupphandlade leverantörer</i></p>	<p>Stickprov är utfört med 20 slumpmässigt utvalda leverantörer. Endast leverantörer där det fakturerats minst 100 tkr de senaste 12 månaderna har kontrollerats. Resultatet visar att de rutiner som finns för avtalshantering inte följs. Internkontrollen blir underkänd då vi endast har avtal på 8/20 inköp.</p> <p> Ej uppfyllt</p>

Åtgärd	
Avtalsgranskning	<p>Vi kommer att utföra en likadan kontroll på samtliga leverantörer där inköpsbeloppet överstiger 100 tkr under de senaste 12 månaderna.</p> <p> Har åtgärdats</p>

## 2.5 Inköp, avtal och upphandling

### Risk för välfärdsbrott

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p><b>Följer direktupphandlade leverantörer regionens krav?</b></p> <p><b>Beskrivning av metod</b> <i>Stickprov, direktupphandlade leverantörer</i></p>	<p>I stickprovskontrollen kontrollerades leverantörerna i Creditsafe. Företagen som granskats uppfyller Region Hallands ekonomiska krav som hade ställts i en normal upphandling. Region Halland saknar en generell rutin för ekonomisk kontroll av utländska leverantörer, i dessa fall ska upphandlingsavdelningen kontaktas. Bland kontrollerade företag fanns det en utländsk leverantör, vilken även den godkändes efter kontroll av upphandlingsavdelningen. Därmed är kontrollen helt uppfylld och alla granskade leverantörer godkända.</p> <p> Uppfyllt</p>