



Uppföljning av internkontrollplan - helår 2025


Psykiatri Halland
Helår 2025

Innehållsförteckning

1	Uppföljning av kontrollmoment	3
1.1	Process för avvikelshantering fungerar inte optimalt i hela förvaltningen.....	3
1.2	Risk att det finns otillräckliga resurser för att genomföra internutredningar och händelseanalyser vid misstänkt vårdskada/allvarliga händelser	3
1.3	Inaktuell styrning i ledningssystemet	4
1.4	Risk att verksamheten inte utför egenkontroller i tillräcklig utsträckning	5
1.5	Risk att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs i samtliga verksamheter	5
1.6	Risk att information hanteras på felaktigt sätt och/eller utlämnas på grund av okunskap hos medarbetare	5
1.7	Otydliga, inaktuella och ej tillräckligt kända rutiner för hantering av krissituationer och kontinuitetshantering	6
1.8	Risk att rutiner, lagar och andra krav på miljöområdet inte följs.	7

1 Uppföljning av kontrollmoment

1.1 Process för avvikelshantering fungerar inte optimalt i hela förvaltningen

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av avvikelshantering</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>Under året har ca 1450 avvikelser rapporterats, jämfört med ca 1350 samma period 2024. Frekvens, innehåll och omfattning av avvikelserna särskiljer sig inte nämnvärt jämfört med tidigare år.</p> <p>Samtliga verksamheter har vid granskningen rapporterat och bearbetat avvikelser enligt gällande rutiner.</p> <p>Avvikelser bearbetas av avdelningschef, med möjlighet att delegera delar till utsedd bearbetare. Medicinska avvikelser remitteras till medicinska befattningshavare, oftast lokal MLA. Klinik-MLA och verksamhetschef värderar allvarigare avvikelser, beslutar om internutredning och lämnar efter genomförd internutredning ärendet till chefläkare för eventuell Lex Maria-anmälan. Avvikelser sammanställs och redovisas regelbundet vid APT och i andra forum. Mönster i avvikelser föranleder riktade förändringsinsatser och lärdomar sprids till berörda enheter.</p> <p>Vid kontroll fanns utsedda personer för avvikelsebearbetning i samtliga verksamheter</p> <p> Uppfyllt</p>

1.2 Risk att det finns otillräckliga resurser för att genomföra internutredningar och händelseanalyser vid misstänkt vårdskada/allvarliga händelser


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av aktuellt läge gällande internutredningar och händelseanalyser</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>För närvarande finns ca 25 pågående ärenden under utredning. För närvarande saknas tillsatt utredare i 5-10 av dessa fall. Under året har stort fokus varit på att införa Cosmic vilket har bundit upp mycket personalresurser.</p> <p>Under året har förvaltningen utökat avdelningen lednings- och verksamhetsstöd med medicinsk kompetens motsvarande 50% av en heltid, för att bland annat underlätta vid internutredningar och händelseanalyser, vilket har bidragit till kortare ledtider</p>

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
	<p>gällande utredningar.</p> <p>För att ytterligare stärka området beslutades det i november att en analys och kartläggning ska genomföras för att se över ledtiderna i processen för att utreda allvarliga händelser. Syftet med utredningen är att se vad som fungerar bra, var det sker fördröjningar, lära av varandra och se vilka åtgärder som kan behöva vidtas framöver. Analysen kommer färdigställas i början av 2026.</p> <p>◆ Delvis uppfyllt</p>


1.3 Inaktuell styrning i ledningssystemet

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av antal inaktuella styrdokument</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>I nuläget finns 325 styrda dokument i Psykiatrins ledningssystem. För 131 av dessa av dessa har "granskningsdatum" passerat och är att betrakta som inaktuella.* 54 dokument saknar även "huvudförfattare" (=innehållsansvarig).</p> <p>Ett nytt arbetssätt är under framtagande i förvaltningen för att säkerställa att ledningssystemet bara innehåller aktuell information, arbetet fortgår även 2026</p> <p>*Generellt sett ska ett dokument ses över minst var 3e år. Vid publicering får dokumentet ett granskningsdatum som är 3 år efter publiceringsdatum.</p> <p>■ Ej uppfyllt</p>

1.4 Risk att verksamheten inte utför egenkontroller i tillräcklig utsträckning


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av beslutat egenkontrollprogram</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>En översyn av egenkontroller i förvaltningen har skett och i dagsläget finns fungerande processer för att genomföra egenkontroll brand och egenkontroll arbetsmiljö. Förvaltningen saknar strukturerade arbetssätt för att genomföra övriga egenkontroller. Som en följd av detta har ett förslag på egenkontrollprogram i Psykiatrin tagits fram under perioden och kommer fortsätta implementeras under kommande år.</p> <p> Ej uppfyllt</p>

1.5 Risk att systematiskt arbetsmiljöarbete inte bedrivs i samtliga verksamheter


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning och redovisning av det systematiska arbetsmiljöarbetet</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>Förvaltningen arbetar aktivt med systematiskt arbetsmiljöarbete dvs undersöker, analysera, åtgärdar och följer upp. Det görs systematiskt med arbetsskador och tillbud, medarbetarundersökning av HME (hållbart medarbetarengagemang), OSA (organisatoriskt och socialt arbete), utsatthetsfrågorna som inkluderar kränkande särbehandling, trakasserier, sexuella trakasserier, våld och hot. Vidare följer kontinuerligt upp sjukfrånvaro, både korttids- och långtidssjukfrånvaro samt personalomsättning.</p> <p> Uppfyllt</p>

1.6 Risk att information hanteras på felaktigt sätt och/eller utlämnas på grund av okunskap hos medarbetare


Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av antal informationssäkerhetsincidenter och avvikelser</p>	<p>Under året har 27 avvikelser med huvudkategori "informationssäkerhet" rapporterats, (jämfört med 48st år 2024). Samtliga av dessa har bedömts ha låg risk och har omhändertagits i berörda verksamheter. Under</p>

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Beskrivning av metod Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</p>	<p>året har även sjuincidenter anmälts till integritetsskyddsmyndigheten (IMY). År 2024 anmälades 10 incidenter till IMY. Majoriteten av incidenterna har varit av mindre karaktär inom området "obehörigt röjande genom felaktigt utskick av mejl/brev/sms", t.ex. att en kallelse har skickats till fel patient. En av incidenterna under året berör ett möjligt integritetsintrång på grund av en hackerattack mot en leverantör av vissa av regionens HR-system. IMY har beslutat att avsluta samtliga anmälda incidenter utan åtgärd.</p> <p>Den samlade bedömningen är att det finns fungerande processer för att identifiera och åtgärda fel och brister</p> <p> Uppfyllt</p>

1.7 Otydliga, inaktuella och ej tillräckligt kända rutiner för hantering av krissituationer och kontinuitetshantering

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av rutiner och planer för kris och kontinuitetshantering</p> <p>Beskrivning av metod Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</p>	<p>Under 2025 har förvaltningen arbetat med att förtydliga förvaltningens krisplan och krisorganisation. Krisstabens arbetssätt, roller och funktioner har uppdaterats och utvecklats. Under 2026 kommer fortsatt arbete ske med att fortsatt förtydliga krisledningens organisation och arbetssätt.</p> <p>Arbetet med kontinuitetshantering och kontinuitetsplaner är delvist uppfyllt då kontinuitetsplanerna ännu inte är fullt implementerade, men arbete pågår och plan finns för arbetet. Under 2025 har förvaltningen uppdaterat och anpassat materialet för att ta fram kontinuitetsplaner, och arbetet har med framtagande av kontinuitetsplaner inom rättspsykiatri har påbörjats. Vi har också gjort en årsplan 2026 för framtagandet för verksamheterna. Till juni 2026 skall heldygnsvårdens kritiska verksamheter vara klara och vid årets slut 2026 ska kontinuitetsplaner för alla verksamheter vara upprättade.</p> <p> Delvis uppfyllt</p>

1.8 Risk att rutiner, lagar och andra krav på miljöområdet inte följs.

Kontrollmoment	Resultat av genomförd kontroll
<p>Uppföljning av egenkontrollprogram för miljö</p> <p>Beskrivning av metod <i>Lägesrapport vid uppföljning av internkontrollplanen. Lägesrapporten innehåller bland annat en redovisning av aktuellt läge, statistik och stickprov.</i></p>	<p>Inget egenkontrollprogram för miljö finns i förvaltningen. Under perioden har ett förslag på egenkontroll tagits fram. Planen är att implementera egenkontroll miljö under året för att säkerställa följsamhet till regionens miljöriktlinje och miljörutiner. Arbetet fortsätter implementeras kommande år</p> <p> Ej uppfyllt</p>