2020 xx

Till nämnd/styrelse ska "IK RiskPlanUppf NämndStyrelse" rapporteras.

Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus

Uppgift som ska rapporteras från nämnd/styrelse till regionstyrelsen i flik "IK Rapport till RS uppsikt" kolumn märkt med P [kolumn:F]. RS

Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus RS

Uppgift som ska rapporteras från nämnd/styrelse till regionstyrelsen i flik "IK Rapport till RS uppsikt" kolumn märkt med DR [kolumn:H].

Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus RS

Uppgift som ska rapporteras från nämnd/styrelse till regionstyrelsen i flik "IK Rapport till RS uppsikt" kolumn märkt med ÅR [kolumn:L].

Nämnd/styrelse	Kontrollområden		Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll		P	P	P	P	Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll							Delårsrapportering - Uppföljning av plan för intern kontroll		DR	DR	DR	DR	Årsredovisning - Uppföljning av plan för inten kontroll		Å	Å	Å	Å
	Kontrollområden - Region Skånes övergripande mål utgör obligatoriska kontrollområden. Samtliga obligatoriska kontrollområden ska i sin tur brytas ned i verksamhetsspecifika delområden och riskbedömas. För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppsiktsplikt ska även en samlad riskbedömning göras kopplad till vart och ett av de av fullmäktige angivna övergripande målen. Samlad riskbedömning ska även göras för vart och ett av de rutinorienterade kontrollområdena. För dessa finns fördefinierade regiongemensamma delområden som ska riskbedömas.		**Risk -** en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.		Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)	**Riskägare**	Beslut om åtgärd	**Åtgärd**	**Kontroll**				**Rapportering/avvikelse**	**Identifierade förbättringsområden**	Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)	**Rapportering/avvikelse**	**Identifierade förbättringsområden**	Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)
NSID	ID	Beskrivning	RiskID	Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: *Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till…*					Roll/befattning	Ja/Nej	Beskrivning av åtgärd	Aktivitet/metod/avgränsning	Frekvens	Utförare	Tidpunkt för rapportering till nämnd	av att åtgärder/kontroller genomförts samt effekt	samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna					av att åtgärder/kontroller genomförts samt effekt	samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna				
xx	**V1**	**Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet**		Risk finns för att målet om "Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet" inte uppnås på grund av brister i tillgänglighet och effektivitet, vilket kan leda till försämrad service och medborgaruppskattning och därmed lägre nöjdhetsgrad.														8	6	**48**				11	8	**88**	
		Delområden																									
xx	V1:1	I varje möte välkomnas människor med omtanke och respekt. En god servicenivå ska prägla alla Regions Skånes verksamheter		Risk för att förtroende minskar pga brister i bemötande och/eller information vilket kan leda till val av annan vårdgivare	3	2	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Värdegrundsarbete, personcentrerad vård, standardiserade vårdförlopp, brukarsamverkan, patientråd, likvärdig information	NPE	1 ggr/vart annat år	Stab	Årsredovisning					0		Varken brukarsamverkan eller patientråd har genomförts pga av pandemin. NPE akutmottagning genomfördes sent 2019 och sammanställning av resultat kom 2020	Pågående arbete med delaktighet och involvering. Likvärdig information	3	2	6	
xx	V1:2	I varje möte välkomnas människor med omtanke och respekt. En god servicenivå ska prägla alla Regions Skånes verksamheter		Risk för bristande patientsäkerhet vilket inträffar pga exempelvis kompetensbrist, bristande kommunikation/rutiner, stress vilket kan leda till vårdskador	4	3	12		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet till rutiner på basala hygienrutiner, klädregler, VRI och trycksår	Markörbaserad journalgranskning (MBJ), punktprevalensmätningar (PPM)	1-2 ggr/år	Stab	Delårs- och årsredovisning	Nationell trycksårsmätning genomförd. Övriga PPM mätningar ställdes in med anledning av pandemin, i resultatet finns Ystad som skulle exkluderats efter omorganisationen. Resultatet för enbart Hässleholm var inga sjukhusförvärvade trycksår kat 2-4	Pågående arbete med tydliggörande av patientsäkerhetsorganisationen samt utveckling av systematiskt avvikelsehanterings arbete.	4	3	12		Försämrat resultt PPM mätning trycksår jämfört med våren 2020. PPM BHK genomfördes endast under hösten 2020.	Pågående arbete med tydliggörande av patientsäkerhetsorganisationen samt utveckling av systematiskt avvikelsehanterings arbete.	4	3	12	
xx	V1:3	Tillgängligheten och kvaliteten ska ständigt förbättras		Risk för bristande tillgänglighet vilket inträffar pga kapacitets- och kompetensbrist vilket kan leda till patientskador, patientlidande och val av annan vårdgivare	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Effektiv produktionsplanering för mottagning och operation	Tillgänglighetsuppföljning	1ggr/månad	Stab	Delårs- och årsredovisning	Pågrund av regionala beslut kring operationsprioritering och rekommendationer för 70-åringar har tillgängligheten försämrats, störst ökning ses för operationer.	Kapacitetsöversyn, regionalt och lokalt med framtagande av handlingsplaner för ökad produktion och ta igen undanträngd vård.	4	3	12		Försämrad tillgänglighet pga pandemin vilket ökat antal väntande framför allt till operation	Kapacitetsöversyn, regionalt och lokalt med framtagande av handlingsplaner för ökad produktion och ta igen undanträngd vård.	4	3	12	
xx							0													0						0	
xx	**V2**	**Drivande utvecklingsaktör**		Risk finns för att målet om "En drivande utvecklingsaktör" 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 "En drivande utvecklingsaktör" uppnås														3	2	**6**				10	9	**90**	
		Delområden																		0						0	
xx	V2:1	Region Skåne ska arbeta för långsiktigt hållbar utveckling inom alla ansvarsområden		Risk för en ökad miljöbelastning vilket inträffar pga tidsbrist vilket kan leda till en sämre miljö	2	3	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa upp klimatbelastning när det gäller tjänsteresor med privat bil	Qlickview	1ggr/år	Verksamhetsnära stöd/miljöstrateg	Årsredovisning					0		Resor har minskat pga av pandemin		2	2	4	
xx	V2:2	Region Skåne ska arbeta för långsiktigt hållbar utveckling inom alla ansvarsområden		Risk för en ökad miljöbelastning vilket inträffar pga tidsbrist vilket kan leda till en sämre miljö	2	3	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa upp klimatbelastning när det gäller andelen tjänsteresor till Stockholm med flyg	Qlickview	1ggr/år	Verksamhetsnära stöd/miljöstrateg	Årsredovisning					0		Resor har minskat pga av pandemin		2	2	4	
xx	V2:3																			0							
xx	V2:4	Skåne ska bli ledande i Europa på forskning, innovationer och utbildning		Negativ utvecklingskurva vilket inträffar pga brist på handledare, tid och ekonomiska medel som kan leda till val av annan arbetsgivare och hämmad vårdutveckling	3	2	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Uppmuntra klinisk forskning och synliggöra pågående vetenskapliga- och kvalitétsarbeten. Öka inskrivna doktorander, fler publicerade artiklar och behålla utnämning universitetssjukvårdsenhet	Uppföljning	1ggr/år	VC/ FoU ansvarig	Delårs- och årsredovisning	Utnämning universitetssjukvårdsenhet kvartår. Minskat antal publikationer kan vara effekt av pandemin som bromsat upp FoU delen.		3	2	6		Utnämning universitetssjukvårdsenhet kvartår. Minskat antal publikationer kan vara effekt av pandemin som bromsat upp FoU delen.		3	2	6	
xx	V2:5	IT och digital kommunikation ska förenkla och effektiviserad medarbetarnas arbete och öka kvalitet och servicenivån i verksamheterna		Risk för minskad tillgänglighet och patienttillfredställelse vilket inträffar pga för långsamt införande och utveckling av E-tjänste vilket leda till val av annan vårdgivare och minskad servicenivå	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Öka utbud av E-tjänster	Uppföljning	1 ggr/år	Verksamhetsnära stöd	Årsredovisning					0		Utbudet av E-tjänster har ökat		3	3	9	
xx																				0						0	
xx	**V3**	**Attraktiv arbetsgivare**		Risk finns för att målet om "Attraktiv arbetsgivare" inte uppnås på grund av svårigheter med kompetensförsörjning, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande fullmäktigemålen.														5	5	**25**				10	10	**##**	
		Delområden																		0						0	
xx	V3:1	Ledarskapet ska vara närvarande, lyssnande och tydligt samt uppmuntra till delaktighet		Risk för minskat engemang från medarbetarna vilket kan inträffa pga brister i ledarskapet vilket kan leda till lägre grad av måluppfyllelse och sämre arbetsmiljö	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Handlingsplan utifrån resultat av medarbetarundersökningen	Medarbetarundersökningen 2020	Vartannat år	HR-strateg	Årsredovisning					0		Genomförd december 2020. Total svarsfrekvens 69,6%. Resultat för HME Ledarskap(index 78), min närmsta chef visar förtroende för mig(index 81) och min närmsta chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbet(index 81)	Varje verksamhet får sina resultat	2	2	4	
xx	V3:2	Region Skåne ska erbjuda en hälsofrämjande, utvecklande arbetsmiljö med goda förutsättnignar att påverka verksamhetens utveckling och resultat		Risk för ökad ohälsa vilket inträffar pga personalbrist, stress och bristande möjlighet för återhämtning vilket kan leda till högre sjukfrånvaro	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa handlingsplan " ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro"	Uppföljning	Kvartal	HR-strateg	Årsredovisning					0		Minskat sjukfrånvaron med 0,7 dagar per medarbetare på helår. Uppföljning per kvartal har skett per versamhetsområde men har ej redovisatas i internkontrollplan.		3	3	9	
xx	V3:3	En genomtänkt strategisk kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara framtidens uppdrag		Risk för kompetensbrist vilket inträffar pga personalbrist och för få handledare kan leda till sämre kvalitet till högre kostnad	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Stöd och vägledning från HR och utbildningsenheten, öka antalet kliniska utbildningssalar och handledare	Uppföljning	2 ggr/år	Utbildningschef	Delårs- och årsredovisning	Arbetet med kliniska utbildningssalar och har pausats under pandemin. Antalet handledare är oförändrat.	Arbeta vidare med kompetensförsörjningsplanen.	3	3	9		Arbetet med kliniska utbildningssalar och har pausats under pandemin. Antalet handledare är oförändrat.	Arbeta vidare med kompetensförsörjningsplanen.	3	3	9	
xx	V3:4	En genomtänkt strategisk kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara framtidens uppdrag		Risk för kompetensbrist vilket inträffar pga personalbrist och svårighet att ersätta vid utbildningstillfälle vilket kan leda till sämre kvalitet till högre kostnad	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Stöd och vägledning från HR och utbildningsenheten, öka antalet deltagares som genomgår det kliniska basåret (sjuksköterskor)	Uppföljning	2 ggr/år	Utbildningschef	Delårs- och årsredovisning	Nystart 2020 färre som påbörjat kliniskt basår på grund av pandemin, glädjande har fler gått klart kliniskt basår jämfört med 2019.	Arbeta vidare med kompetensförsörjningsplanen.	2	2	4		Nystart 2020 färre som påbörjat kliniskt basår på grund av pandemin, glädjande har fler gått klart kliniskt basår jämfört med 2019.	Arbeta vidare med kompetensförsörjningsplanen.	2	2	4	
xx																				0						0	
xx	**V4**	**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.														9	9	**81**				9	9	**81**	
		Delområden																		0						0	
xx	V4:1	Region Skåne ska planera med framförhållning och handlingsberedskap		Risk för att förväntade ekonomiska effekter av handlingsplaner ej uppnås vilket inträffar pga. ekonomisk ram i förhållande till mål och krav på verksamheten vilket kan leda till en försämrad ekonomi.	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Löpande uppföljning	Uppföljning	4 ggr/år	Sjukhusekonom	Delårs- och årsredovisning	Fördjupad ekonomisk uppföljning 3 ggr, mars, maj och augusti genomförda.	Genom dialog med verksamhetschef fångat upp avvikelser i bemanning av extra vak mot budget. Åtgärdas inför 2021 budget.	3	3	9		Fördjupad ekonomisk uppföljning 4 ggr, mars, maj, augusti och oktober genomförda.	Genom dialog med verksamhetschef fångat upp avvikelser i bemanning av extra vak mot budget. Åtgärdas inför 2021 budget. Långsiktigt arbete med minskad inhyrd personal. Handlingsplan framtagen.	3	3	9	
xx	V4:2	Region Skånes alla beslut ska vara finansierade.		Risk för fördyringar vilket inträffar pga att beslut inte är finansierade vilket kan leda till ökat ekonomiskt underskott	3	2	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Använda rätt metod för att värdera kalkyl. Rutin vid nya beslut - ingår alltid förankrad kalkyl.	Uppföljning	Löpande	Sjukhusekonom	Delårs- och årsredovisning	Kalkyl- och konsekvensbeskrivning finns med vid nya beslut.	Under pandemin har denna princip varit undantagen då beslut har tagits utan kalkylunderlag	3	3	9		Kalkyl- och konsekvensbeskrivning finns med vid nya beslut.	Under pandemin har denna princip ibland varit undantagen då beslut har tagits utan kalkylunderlag. Extrakostnader kopplat till covid-19 särredovisas med statistik kod. I normalfallet finns kalkyl- och konsekvensbeskrivning vid nya beslut.	3	3	9	
xx	V4:3	Sambandet mellan resursåtgång, prestation, resultat och effekter ska vara tydligt.		Risk för minskad effektivitet och produktivitet vilket inträffar pga bristande analys och åtgärd vilket kan leda till sämre resursutnyttjande ekonomiskt utfall	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Löpande uppföljning	Uppföljning	4 ggr/år	Sjukhusekonom	Delårs- och årsredovisning	Fördjupad ekonomisk uppföljning 3 ggr, mars, maj och augusti genomförda. Pandemin har haft stor påverkan på resurseffektivitet.	Normalisering och hantering av undanträngd vård på ett resurseffektivt och hållbart sätt.	3	3	9		Fördjupad ekonomisk uppföljning 4 ggr, mars, maj, augustioch oktober genomförda. Pandemin har haft stor påverkan på resurseffektivitet.	Normalisering och hantering av undanträngd vård på ett resurseffektivt och hållbart sätt.	3	3	9	
xx																				0						0	

xx	**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													7	5	**35**				10	6	**60**	
		Delområden																									
xx	A1:4	Projektredovisning (inkl nyttorealisering)		Risk för att kostnader inte redovisas på projekt vilket inträffar pga bristande information och kunskap kring projektredovisning vilket kan leda till att kostnader för projekt belastar verksamheten	2	1	2		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Berörd personal hålls informerad om aktuell och korrekt rutin	Avstämning i samband med uppföljning	2 ggr/år	Sjukhusekonom	Del- och årsredovisning	Genomförs enligt rutin		2	2	4		Genomförs enligt rutin		2	2	4	
xx	A1:5	Investeringsredovisning (inkl nyttorealisering)		Risk för att kostnader inte redovisas som en investering vilket inträffar pga bristande information och kunskap kring investeringsprocess vilket kan leda till att kraven för rättvisande redovisning inte följs	2	1	2		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Berörd personal hålls informerad om aktuell och korrekt rutin	Avstämning i samband med uppföljning	2 ggr/år	Sjukhusekonom	Del- och årsredovisning	Det finns en tydlig investeringsprocess som under 2020 ändrats till löpande äskningar, vilket fungerat bra.	Processen från beslut till inköp där det kan vara fördröjningar behöver ses över.	2	1	2		Det finns en tydlig investeringsprocess som under 2020 ändrats till löpande äskningar, vilket fungerat bra.	Processen från beslut till inköp där det kan vara fördröjningar behöver ses över.	2	1	2	
xx	A1:6	Donationer och gåvor (inkl förvaltning)		Risk för att rutinen och syftet med donationer inte efterlevs vilket inträffar pga bristande kompetens vilket kan leda till att regelverk och krav på redovisning inte följs	3	1	3		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Avstämning av gåvobrev	Stickprov	1 ggr/år	Sjukhusekonom	Årsredovisning					0			Information kring gåvor/donationer finns i förvaltningens (SSNO) beslutsr- och delegationsordning. Stickprov är utfört och inga gåvor har tagits emot under 2020		3	1	3	
xx	A1:7	Uppföljning och bedömning av risker för bristande följsamhet till budget och åtgärder samt utvärdering		Risk för oönskade ekonomiska avvikelser vilket kan inträffa pga brister i uppföljning och otydlighet i uppdrag och krav på leverans vilket kan leda till ett ökat underskott	3	2	6		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Kvalitetssäkra uppföljningen	Uppföljning av angivna nyckeltal	1 ggr/år	Sjukhuschef	Del- och årsredovisning	Fördjupad ekonomisk uppföljning 3 ggr, mars, maj och augusti genomförda. Vissa svårigheter med analys av ekonomiskt utfall p g a förändrad verksamhet under pandemin.	Pågående arbete med att standardisera uppföljningen med verksamheterna.	3	2	6		Fördjupad ekonomisk uppföljning 4 ggr, mars, maj, augusti och oktober genomförda. Vissa svårigheter med analys av ekonomiskt utfall p g a förändrad verksamhet under pandemin.	Pågående arbete med att standardisera uppföljningen med verksamheterna.	3	2	6	
xx	A1:8	Finansiering och upplåning		Ej relevant			0													0							0	
xx																				0							0	
xx	**A2**	**Upphandling och inköp**		Risk finns för att målet om "Upphandling/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.													0	0	**0**				9	9	**81**	
		Delområden																									
xx	A2: 1	Kunskap om och efterlevnad av lagar och regelverk som avser upphandling och inköp (inkl beslutsrätt)		Risk för att verksamheten inte känner till och använder inköpssupporten vilket inträffar pga kunskapsbrist vilket kan leda till att man bryter mot upphandlingsregler	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa beslutsordningen och LOU samt verka för avtalstrohet	Löpande uppföljning	1 ggr/år	Sjukhusekonom	Årsredovisning					0		Genomförd revision av upphandlingar 2020 med förslag på åtgärder.	Översyn av organisation och kompetens i inköpsfrågor. Systematisk uppföljning av inköp över 100 tkr.	3	3	9	
xx	A2:2	Uppföljning av avtal och avtalstrohet (inkl utvärdering och åtgärder)		Risk för att bristande avtalstrohet inte åtgärdas vilket inträffar pga bristande kunskap vilket kan leda till att organisationen krävs på skadestånd.	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa beslutsordningen och LOU samt verka för avtalstrohet	Löpande uppföljning	1 ggr/år	Sjukhusekonom	Årsredovisning					0		Genomförd revision av upphandlingar 2020 med förslag på åtgärder.	Översyn av organisation och kompetens i inköpsfrågor. Systematisk uppföljning av inköp över 100 tkr.	3	3	9	
xx	A2:3	Att särskilt beakta risk för oegentligheter vid upphandling och inköp		Risk att verksamheten ingår avtal och gör inköp utan att säkerställa alla kraven inom lagen om offentlig upphandling vilket inträffar pga bristande kunskap vilket kan leda till skadestånd	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa beslutsordningen och LOU samt verka för avtalstrohet	Löpande uppföljning	1 ggr/år	Sjukhusekonom	Årsredovisning					0		Genomförd revision av upphandlingar 2020 med förslag på åtgärder.	Översyn av organisation och kompetens i inköpsfrågor. Systematisk uppföljning av inköp över 100 tkr.	3	3	9	
xx																				0							0	
xx	**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.													11	9	**99**				19	17	**##**	
		Delområden																									
xx	A3: 1	Främja en god matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt		Risk för kompetensbrist vilket inträffar pga brist på personal och bristande kompetensförsörjningsplan vilket kan leda till personalbrist och sämre vårdkvalitet	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa handlingsplan	Uppföljing av plan	2 ggr/år	HR strateg	Delårs-och årsredovisning	Omställningsutbildningar relaterat till covid-19 har kunnat genomförts. Ordinarie utbildningar har uteblivit pga covid-19 restriktioner. Beslut om införande av utbildningssjuksköterskor har lett till en handlingsplan för att enklare tillgodose verksamhetsnära utbildningar.	Återuppta RAK-projekt, översyn/införande av kompetensstegar och fortsatta satsningar på utbildningssjuksköterskor.	2	2	4		Omställningsutbildningar relaterat till covid-19 har kunnat genomförts. Ordinarie utbildningar har uteblivit pga covid-19 restriktioner. Beslut om införande av utbildningssjuksköterskor har lett till en handlingsplan för att enklare tillgodose verksamhetsnära utbildningar.	Återuppta RAK-projekt, översyn/införande av kompetensstegar och fortsatta satsningar på utbildningssjuksköterskor.	2	2	4	
xx	A3:2	Att använda kompetensen rätt genom exempelvis uppgiftsväxling och utveckling		Risk för försämrat resursutnyttjande och bristande arbetsmiljö vilket inträffar pga personalbrist och förmåga att ställa om kompetens för att matcha behovet vilket kan leda till sämre vårdkvalitet	3	3	9		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa handlingsplan	Uppföljing av plan	2 ggr/år	HR strateg	Delårs-och årsredovisning	Påbörjat RAK projekt har under pandemin fått pausas. Däremot har pandemin krävt att medarbetare fått utbildning för att tjänstgöra inom andra områdena än ordinarie arbetsplats.	Återuppta RAK-projekt, översyn/införande av kompetensstegar och fortsatta satsningar på utbildningssjuksköterskor.	2	2	4		Påbörjat RAK projekt har under pandemin fått pausas. Däremot har pandemin krävt att medarbetare fått utbildning för att tjänstgöra inom andra områdena än ordinarie arbetsplats.	Återuppta RAK-projekt, översyn/införande av kompetensstegar och fortsatta satsningar på utbildningssjuksköterskor.	2	2	4	
xx	A3:3	Förebygga och förkorta sjukfrånvaron genom hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbart arbetsliv		Risk för ohälsa vilket inträffar pga brist på personal och otydliga uppdrag vilket kan leda till ökad sjukfrånvaro och ökade kostnader	3	4	12		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa handlingsplan	Qlickview	1 ggr/mån	HR strateg	Delårs-och årsredovisning	Handlingsplan hälsa och sjukfrånvaro efterföljs. Uppföljningar sker i månadsrapport samt fördjupad uppföljning var fjärde månad.	Fortsatt arbete med handlingsplan hälsa och sjukfrånvaro med extra observandum på följder av covid-19.	3	4	12		Handlingsplan hälsa och sjukfrånvaro efterföljs. Uppföljningar sker i månadsrapport samt fördjupad uppföljning var fjärde månad.	Fortsatt arbete med handlingplan hälsa och sjukfrånvaro med extra observandum på följder av covid-19.	3	4	12	
xx	A3:4	Särskilt följa brister inom särskilda kompetenser och inhyrning av olika kompetenser		Risk för att särskilda brister inte följs upp vilket inträffar pga bristande uppföljning vilket kan leda till sämre vårdkvalitet och ökade personalkostnader	4	1	4		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följa handlingsplan	Qlickview	1 ggr/mån	HR stretag/sjukhusekonom	Delårs-och årsredovisning	Kompetensförsörjningsplanen följs, en positiv effekt är införandet av utbildningssjuksköterskor. Förvaltningen har en rutin där en en person håller i all personalinhyrning för att kunna följa upp och kontrollera.	Fortsatt arbete med kompetensförsörjningsplanen och följa HR:s rutin för inhyrning.	4	1	4		Kompetensförsörjningsplanen följs, en positiv effekt är införandet av utbildningssjuksköterskor. Förvaltningen har en rutin där en en person håller i all personalinhyrning för att kunna följa upp och kontrollera.	Fortsatt arbete med kompetensförsörjningsplanen och följa HR:s rutin för inhyrning.	4	1	4	
xx	A3:5	Alla anställda som har bisysslor ska informera arbetsgivaren om dem.		Risk för att anställda inte informerar om bisyssla vilket inträffar pga. brist på information eller försummelse vilket kan leda till minskat förtroende för offentlig vård.	2	2	4		Verksamhetschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot regler och riktlinjer	Stickprov	1 ggr/år	Verksamhetschef	Årsredovisning					0		Följsamhet till uppföljning vid medarbetarsamtal och nyanställning		2	2	4	
xx	A3:6	Arbetsgivaren ska efterfråga uppgifter hos alla anställda om bisyssla.		Risk att arbetsgivare inte frågar anställda om de har bisysslor vilket inträffar pga. brist på kompetens eller försummelse vilket kan leda till minskat förtroende för offentlig vård	2	2	4		Verksamhetschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot regler och riktlinjer	Stickprov	1 ggr/år	Verksamhetschef	Årsredovisning					0		Följsamhet till uppföljning vid medarbetarsamtal och nyanställning		2	2	4	
xx	A3:7	Att särskilt beakta konkurrensförhållanden och risker för jäv vid bedömning av bisysslor.		Risk för felaktig bedömning i fråga om bisysslor vilket inträffar pga. bristande kunskap vilket kan leda till minskat förtroende för offentlig vård.	2	2	4		Verksamhetschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot regler och riktlinjer	Stickprov	1 ggr/år	Verksamhetschef	Årsredovisning					0		Följsamhet till uppföljning vid medarbetarsamtal och nyanställning		2	2	4	
xx	A3:8	Särskilt uppmärksamma nyckelpersoner i förhållande till bisysslor.		Risk för felaktig bedömning i fråga om bisysslor vilket inträffar pga. bristande kunskap vilket kan leda till minskat förtroende för offentlig vård.	2	2	4		Verksamhetschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot regler och riktlinjer	Uppföljning	1 ggr/år	Verksamhetschef	Årsredovisning					0		Följsamhet till uppföljning vid medarbetarsamtal och nyanställning		2	2	4	
xx																				0							0	
xx	**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 misanöjda medborgare som följd.													3	2	**6**				7	6	**42**	
		Delområden																									
xx	A4: 1	Besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter		Risk för minskad säkerhet avseende beslut och ekonomi vilket inträffar pga. inaktuell besluts- och delegationordning eller pga. besluts- och delegationsordning inte följs vilket kan leda till en otydlig beslutsstruktur och ökade kostnader	2	2	4		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot besluts- och delegationsordningen	Stickprov	Löpande	Överordnad chef	Årsredovisning					0		Följsamhet mot besluts- och delegationsordningen		2	2	4	
xx	A4:2	Ärendeberedning, diarieföring, arkivering, offentlighet och sekretess		Risk för minskad säkerhet och spårbarhet avseende beslut vilket inträffar pga. felaktig hantering av ärenden vilket kan leda till att verksamheten bryter mot lagstiftning och att beslut inte genomförs	2	2	4		Sjukhusechef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Beredning, genomförande, kommunikation och uppföljing av beslut	Uppföljning av sjukhusets politiska styrelses fattade beslut	2 ggr/år	Överordnad chef	Del- och årsredovisning	Uppföljning har skett på fattade beslut.		3	2	6		Uppföljning har skett på fattade beslut.		3	2	6	
xx	A4:3	Avvikelsehantering		Risk för minskad säkerhet avseende beslut och ekonomi vilket leder till att oönskde händelser kan upprepas			0		Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan	Följsamhet mot besluts- och delegationsordningen	Stickprov	Löpande	Verksamhetschef	Årsredovisning					0		Följsamhet mot besluts- och delegationsordningen		2	2	4	
xx																				0							0	

Matris risk- och väsentlighetsbedömning

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		

Rapportering

	Större avvikelse
	Avvikelse
	Mindre avvikelse
	Obetydlig avvikelse
	Uppgift saknas

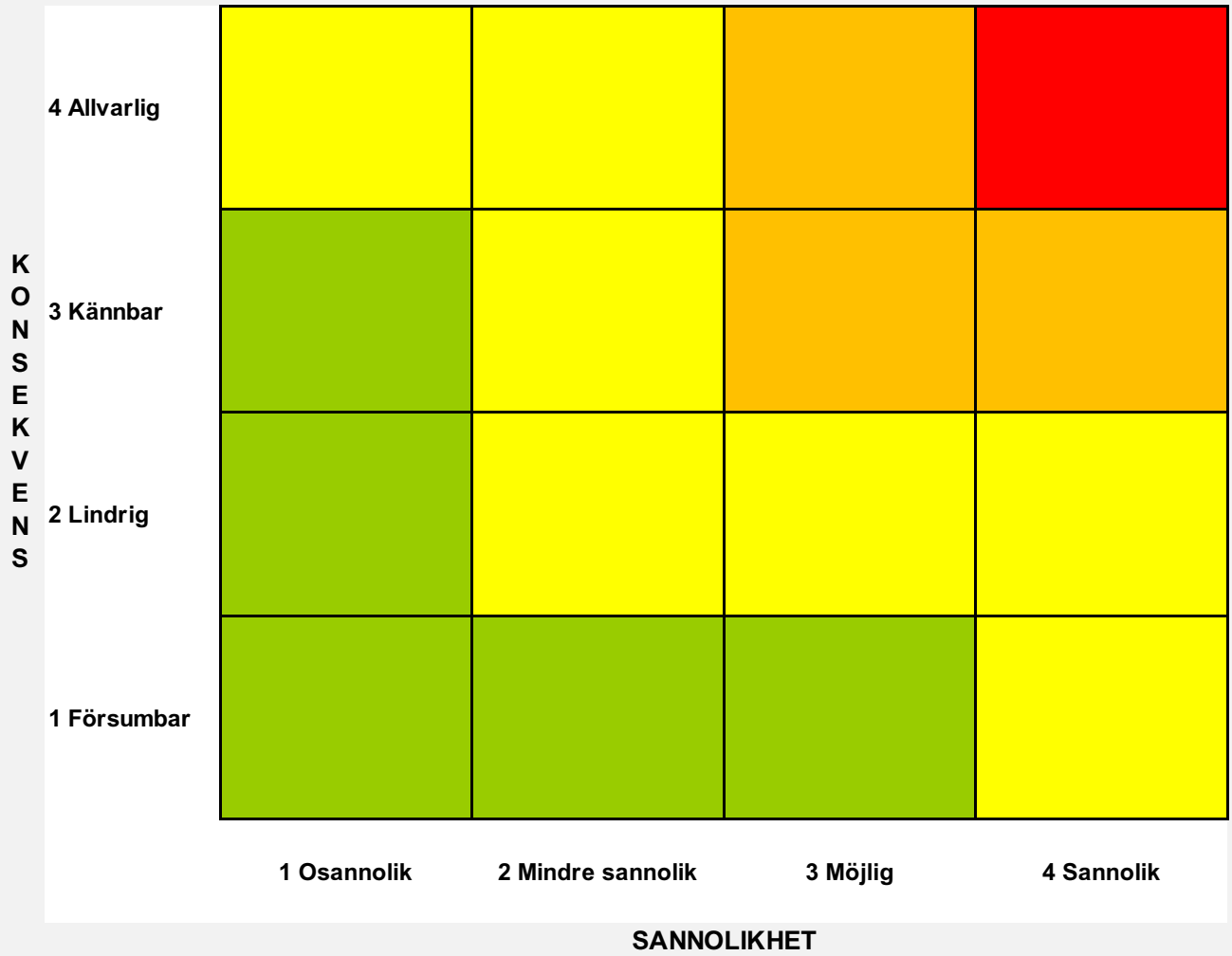
Vad är en risk? Vad är ett riskvärde?
En risk är en oönskad händelse som, om den inträffar, kan hindra att mål nås och att strategier genomförs.
Ett riskvärde är sannolikheten för att den oönskade händelsen inträffar, i kombination med konsekvenserna av denna händelse.
Riskanalysen svarar på tre frågor:

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

Riskanalysen 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 **Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus**



Riskkarta - hur riskerna förhåller sig till varandra och bör prioriteras

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

V1 Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet
V2 Drivande utvecklingsaktör
V3 Attraktiv arbetsgivare
V4 Långsiktigt stark ekonomi

A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning
A2 Upphandling och inköp
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor
A4 Verkställighet beslut

2020 Rapportering av plan och uppföljning intern kontroll

	P	DR		ÅR		
Nämnd/Styrelse			Uppgift saknas		Uppgift saknas	
Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus			13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera		Större avvikelse	
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.			9-12: Reducera riskerna - åtgärda		Avvikelse	
			4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma		Mindre avvikelse	
			1-3: Inget agerande krävs - acceptera		Obetydlig avvikelse	

	P	DR	ÅR	Kommentar
Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet				Pågående arbete, delaktighet, involvering och likvärdig information. Fortsatt arbete med tydliggörande av patientsäkerhetsorganisationen samt utveckling av systematiskt avvikelsehanterings arbete. Kapacitetsöversyn, regionalt och lokalt med framtagande av handlingsplaner för ökad produktion och ta igen undanträngd vård.
Drivande utvecklingsaktör				
Attraktiv arbetsgivare				Varje verksamhet gör handlingsplaner utifrån resp verksamhets resultat utifrån medarbetarundersökningen. Fortsatt arbete med kompetensförsörjningsplanen.
Långsiktigt stark ekonomi				Långsiktigt arbete med minskad inhyrd personal - Handlingsplan framtagen.Kalkyl- och konsekvensbeskrivning finns med vid nya beslut. .Under pandemin har denna princip ibland varit undantagen då beslut har tagits utan kalkylunderlag. Extrakostnader kopplat till covid-19 särredovisas med statistik kod.
1) Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning				Översyn av processen från beslut till inköp. Pågående arbete med att standardisera uppföljningen med verksamheterna.
2) Upphandling och inköp				Översyn av organisation och kompetens i inköpsfrågor. Systematisk uppföljning av inköp över 100 tkr.
3) Kompetensförsörjning och bisysslor				Återuppta RAK-projekt, översyn/införande av kompetensstegar och fortsatta satsningar på utbildningssjuksköterskor. Fortsatt arbete med handlingplan hälsa och sjukfrånvaro med extra observandum på följder av covid-19. Fortsatt arbete med kompetensförsörjningsplanen och följa HR:s rutin för inhyrning.
4) Verkställighet beslut				

2020 Utvärdering av internkontrollarbetet

	P	DR		ÅR	
			Uppgift saknas		Uppgift saknas
Nämnds/styrelses rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den interna kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive områdefråga ska färgindikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.			Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll		Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
			Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll		Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
			Förbättringsområden finns		Förbättringsområden finns
			Tillfredsställande		Tillfredsställande

	P	DR	ÅR	
Kontrollmiljö: **Ansvar och befogenheter tydliggjorda -** Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden antagit regler och anvisningar för den interna kontrollen?				Inom Hässleholms sjukhus finns en etablerad arbetsgrupp för intern kontroll bestående av sjukhuschef, sjukhusekonom, HR-strateg, hälso- och sjukvårdsstrateg/chefsjuksköterska och chefläkare. Arbetsgruppens medlemmar har ett gemensamt ansvar för det samlade arbetet. Beroende på arten av kontrollarbetet knyts olika kompetenser till arbetet. Rutin för internkontroll arbetet är framtagen och antagen av sjukhusstyrelsen hösten 2020.
Riskbedömning: **Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras -** Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut?				Arbetsgruppen sammanträder 2-3 gånger per år, utarbetar underlag och gör uppföljning utifrån de regionala direktiv som inkommit. Respektive representant ansvarar inom sitt område för att de olika momenten bearbetas och riskbedöms, i samarbete med berörda handläggare/medarbetare. I förekommande fall kommuniceras detta även i berörda verksamheter. Utgångspunkt för aktiviteterna/momenten är Region Skånes övergripande mål. Involvering av politisk beredning sker vid ordförande- och presidieberedning inför beslut i styrelsen.
Kontrollaktiviteter: **Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys -** Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?				Ja det bidrar till att säkra rutiner, processer och efterlevnad av lagar och förordningar.
Info/Kommunikation: **Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen -** Hur hanteras information/kommunikation inom organisationen och hur sker återrapportering på olika nivåer?				Respektive representant ansvarar inom sitt område för att de olika momenten bearbetas och riskbedöms i samarbete med berörda medarbetare. Den interna kontrollplanen kommuniceras via ordinarie linjeorganisation. Sammanställning har gjorts med fördjupad uppföljning i styrelsen.
Uppföljning/utvärdering: **Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen -** Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?				Vid eventuella avvikelser ska dessa kommuniceras i linjeorganisationen och åtgärder vidtas samt vid behov eller förändrad riskbedömning sker återrapportering till Sjukhusstyrelse Hässleholm. Den avvikelse som noterats under 2020 äratt processen kring direktupphandlingar behöver skärpas. Ett arbete som kommer genomföras 2021.

Till nämnd/styrelse ska "IK RiskPlanUppf NämndStyrelse" rapporteras.

2020	XX	Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholm
		Gemensamma stöd- och servicefunktioner
Nämnd/styrelse	**Kontrollområden** - Region Skånes övergripande mål utgör obligatoriska kontrollområden. Samtliga obligatoriska kontrollområden ska i sin tur brytas ned i verksamhetsspecifika delområden och riskbedömas. För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppsiktsplikt ska även en samlad riskbedömning göras kopplad till vart och ett av de av fullmäktige angivna övergripande målen. Samlad riskbedömning ska även göras för vart och ett av de rutinorienterade kontrollområdena. För dessa finns fördefinierade regiongemensamma delområden som ska riskbedömas.	
NSID	ID	Beskrivning
2020	GSF	**Gemensamma stöd- och servicefunktioner**
GSF	**A1**	**Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning**
GSF	A1:1	Kunskap om och följsamhet till lagar och regelverk (ex. KL, LKBR, ML)
GSF	A1:2	Attesträtt och hantering (regler för samt efterlevnad av vilka som har attesträtt, för vilken verksamhet och med vilka belopp mm)
GSF	A1:3	In- och utbetalningar (kund-/leverantörsreskontra) (inkluderar även betalkort, löner, reseräkningar, utlägg och interna transaktioner mm)
GSF	A1:4	Projektredovisning (inkl nyttorealisering)
GSF	A1:5	Investeringsredovisning (inkl nyttorealisering)
GSF	A1:6	Donationer och gåvor (inkl förvaltning)
GSF	A1:7	Uppföljning och bedömning av risker för bristande följsamhet till budget och åtgärder samt utvärdering
GSF	A1:8	Finansiering och upplåning
GSF	A1:9	Ekonomimodell som tydliggör principer för ekonomisk styrning, rättvisande redovisning och tillförlitliga räkenskaper
GSF		
GSF	**A2**	**Upphandling och inköp**
GSF	A2: 1	Kunskap om och efterlevnad av lagar och regelverk som avser upphandling och inköp (inkl beslutsrätt)
GSF	A2:2	Uppföljning av avtal och avtalstrohet (inkl utvärdering och åtgärder)
GSF	A2:3	Att särskilt beakta risk för oegentligheter vid upphandling och inköp
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF	**A3**	**Kompetensförsörjning och bisysslor**
GSF	A3: 1	Främja en god matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft på kort och lång sikt

GSF	A3:2	Att använda kompetensen rätt genom exempelvis uppgiftsväxling och utveckling
GSF	A3:3	Förebygga och förkorta sjukfrånvaron genom hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbart arbetsliv
GSF	A3:4	Särskilt följa brister inom särskilda kompetenser och inhyrning av olika kompetenser
GSF	A3:5	Alla anställda som har bisysslor ska informera arbetsgivaren om dem.
GSF	A3:6	Arbetsgivaren ska efterfråga uppgifter hos alla anställda om bisyssla.
GSF	A3:7	Att särskilt beakta konkurrensförhållanden och risker för jäv vid bedömning av bisysslor.
GSF	A3:8	Särskilt uppmärksamma nyckelpersoner i förhållande till bisysslor.
GSF		
GSF		
GSF	**A4**	**Verkställighet beslut**
GSF	A4:1	Besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter
GSF	A4:2	Ärendeberedning, diarieföring, arkivering, offentlighet och sekretess
GSF	A4:3	Avvikelsehantering
GSF	A4:4	Förstärka ledning, styrning och kontroll avseende regelefterlevnad.
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		

s sjukhus

Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll

Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.

RiskID	Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: *Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...*
	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
	...pphandling/inköp” inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa ...ch dartill hörande avtalsstyrning, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador.
	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.

GSF "kundplan" 202

	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.

olumn märkt med P [kolumn:F).

			RS		
P	P	P	P		
Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)	**Riskägare**	Beslut om åtgärd
				Roll/befattning	Ja/Nej
			RS		
0					
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
0	0	**0**			
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
0	0	**0**			
		0		Funktionsdirektör	

20 uppdateras senare under 201

		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
0	0	**0**			
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	
		0		Funktionsdirektör	

Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll

Åtgärd	Kontroll	
	gränsning	Frekvens

Uppgift som ska

Styrelse/nämnd: Skånes sjukh

		Delårsrapportering - Uppföljning av plan
		Rapportering/avvikelse
Utförare	Tidpunkt för rapportering till nämnd	av att åtgärder/kontroller genomförts samt effekt
		Gemensamma stöd- och servic
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		

GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		
GSF		

rapporteras från nämnd/styrelse till regionstyrelsen i flik "IK Rapport till RS uppsikt" kolumn märkt med DR [kolumn:H].

us nordost Hässleholms sjukhus

RS

för intern kontroll	DR	DR	DR	DR
Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna	Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)
cefunktioner				RS
	0	0	**0**	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
	0	0	**0**	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
	0	0	**0**	
			0	

			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
	0	0	**0**	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	
			0	

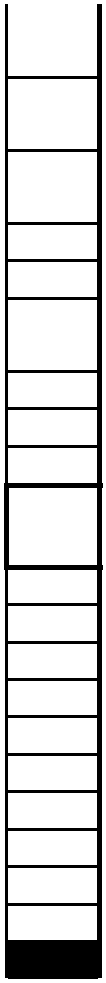
Uppgift som ska rapporteras från nämnd/styrelse till regionstyrelsen i flik "IK Rapport till RS uppsikt" kolumn märkt med ÅF

Styrelse/nämnd: Skånes sjukhus nordost Hässleholms sjukhus

Årsredovisning - Uppföljning av plan för inten kontroll

Rapportering/avvikelse	Identifierade förbättringsområden	Å	Å	Å
av att åtgärder/kontroller genomförts samt effekt	samt förbättringsåtgärder och tidplan för genomförande och uppföljning av åtgärderna	Konsekvens	Sannolikhet	Riskpoäng
Gemensamma stöd- och servicefunktioner				
		0	0	**0**
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
		0	0	**0**
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
		0	0	**0**
				0

				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
		0	0	**0**
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0

R [kolumn:L].

RS
Å
Riskvärde (färg)
RS