

Intern kontroll

**Risikanalys och
riskhanteringsplan 2024 - 2026**

Patientnämnden

Innehåll

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026	3
Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne.....	3
Riskanalys.....	4
Plan för riskhantering	4
Uppföljning.....	4
Årlig revidering	5
Risker som konstateras	9
Risker där etablerad riskhantering finns.....	11
Risker som bevakas	14
Risker som granskas	15
Risker som hanteras genom åtgärd.....	16

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026

Intern kontroll som **generellt begrepp** utgör fundamentet för all reglering, styrning och säkerhet som förekommer i en robust offentlig organisation. I Region Skåne uttrycks detta exempelvis genom att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv, information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig samt att regelverk, planer och styrdokument finns och följs.

Intern kontroll som **systematisk process** utgör Region Skånes samlande verktyg för att ha övergripande kontroll över de hinder som kan medföra att en robust offentlig organisation inte uppnås och som i slutändan begränsar respektive nämnd och styrelses förmåga att uppnå mål och uppdrag. Den systematiska processen för intern kontroll är självständig, stödjande och inspirerad av stegen i den så kallade COSO-modellen. Processen syftar till att respektive nämnd och styrelse identifierar, filtrerar, analyserar, planerar, hanterar och följer upp risker. Att systematiskt arbeta med riskanalyser, riskhantering och uppföljning innebär inte per automatik att fel och brister elimineras men medför en medvetenhet, beredskap och överblick, vilket är en förutsättning för en god kontroll.

Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne

Syftet med den systematiska interna kontrollen i Region Skåne är att medvetandegöra hinder och möjliggöra åtgärder som bidrar till att styrelser, nämnder, förvaltningar och bolag kan genomföra sitt uppdrag på ett mer ändamålsenligt sätt. Detta sker genom:

- att tjänstemannaorganisationen, nämnder och styrelser identifierar och värderar risker som tydliggör hanterings- och uppföljningsbehov.
- riskhantering som minskar sannolikheten och effekten av att oönskade händelser inträffar.
- uppföljning som tydliggör resultatet av riskhanteringen och utgör underlag för kontinuerliga förbättringar.

Risikanalys

Risikanalysen är navet för den gemensamma strukturen för systematisk intern kontroll och utgör den övergripande sammanställningen för de väsentliga risker som identifierats inom en nämnd eller styrelse. I risikanalysen ska det framgå vilka väsentliga risker som har identifierats och prioriterats. För respektive risk ska det finnas en beskrivning som förklarar varför det är en risk, det vill säga orsaken och konsekvensen för den identifierade oönskade händelsen. För att värdera risker sammanvägs perspektiven sannolikhet och konsekvens med hjälp av riskmatris. Resultatet av sammanvägningen synliggör risknivån för den oönskade händelsen och anger relationen i förhållande till andra identifierade risker

	Mycket hög risk
	Hög risk
	Påtaglig risk
	Låg risk

Plan för riskhantering

Risikanalysen integreras med en plan för hur respektive risk ska hanteras utifrån en gemensam metodstruktur. Syftet med strukturen är att tydliggöra att risker har olika förutsättningar och att hantering därför behöver genomföras på olika sätt. Grundprincipen för modellen bygger på att det finns både aktiva och passiva metoder för att hantera risk, det centrala är ett medvetengörande av risken och att det görs ett ställningstagande för hur hanteringen ska genomföras. I planen sammanställs risker per hanteringsmetod och för respektive risk beskrivs och motiveras varför vald metod är mest lämplig.

Passiv riskhantering:

1. Risker som konstateras
2. Risker där etablerad riskhantering redan finns

Aktiv riskhantering

1. Risker som bevakas
2. Risker som granskas
3. Risker som hanteras genom åtgärd

Uppföljning

Samtliga risker som hanteras aktivt ska följas upp inom ramen för den interna kontrollprocessen. Uppföljningen genomförs minst 1 gång per år i nämnd/styrelse, (utöver revideringen). Uppföljningen genomförs i regiongemensam mall som skickas ut av koncernkontoret.

Årlig revidering

Identifiering och hantering av risk kan genomföras med både ett kortsiktigt (årligt) och ett långsiktigt perspektiv (4 år, mandatperiod). Utgångspunkten är att en nämnds/styrelses mest väsentliga och utmanande risker i huvudsak är konstanta över en längre period. För att också belysa det kortsiktiga perspektivet krävs en årlig revidering av riskanalysen och riskhanteringsplanen. Revideringen syftar till att identifiera tillkommande risker, förändrade risknivåer samt att analysera nya riskhanteringsbehov och förutsättningar.

Avgränsning

Utgångspunkten är att alla väsentliga risker ska ingå i riskanalysen. Väsentliga risker som avgränsats och därmed inte fullt ut synliggörs och hanteras inom ramen för patientnämndens systematiska interna kontroll är framför allt arbetsmiljöriskerna. Dessa hanteras i stället huvudsakligen i det systematiska arbetsmiljöarbetet med arbetsmiljörund, medarbetarsamtal, medarbetarenkät, arbetsplatsträffar och uppföljning. Efter att den årliga medarbetarenkäten presenterats arbetar förvaltningen fram en åtgärdsplan.

Sammanställning av riskanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026

Passiv hantering				Aktiv hantering					
Risker som konstateras		Risker där etablerad riskhantering finns		Risker som bevakas		Risker som granskas		Risker som hanteras genom åtgärd	
Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå
Att arbetet organiseras fel.		Att stödpersoner inte får relevant utbildning eller fortbildning.		Vården använder sig inte av de upplevelser som patienterna berättar om.		Stödpersoner saknas.		Klagomålshantering Klagomål handläggs inte enhetligt.	
Personalflykt.		Hög arbetsbelastning.						Uppmärksammande Systematiska patientsäkerhetsbrister i vården upptäcks inte.	
Brister i den fysiska arbetsmiljön, t ex värme och kyla, kontorsutrustning.		Risk för utbrändhet.						Återrapportering Vårdgivarna använder inte applikationen i Qlikview.	
Hemarbete: Risk för minskad sammanhållning och tillhörighet.		Risk för förlorad relevans.							
		Patienter ser inte nyttan med att klaga.							

		Patienter missförstår patientnämndens uppdrag.							
		Allmänheten har bristande kunskap om klagomålssystemet.							
		Vårdpersonal har bristande kunskap om klagomålssystemet.							
		Dålig planering av marknadsföringsinsatser.							
		Vården tar inte till sig innehållet i analyserna, utan ser dem mest som besvärande.							
		Personuppgiftsincidenter.							
		Dator-/serverhaveri.							

Risker som konstateras

Passiv hanteringsmetod för risker med lägre riskvärde eller där det inte finns förutsättningar / låga påverkningsmöjligheter för en aktiv hantering.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
1	Bemanning Att arbetet organiseras fel.	Risk för att arbetet organiseras fel på grund av att fokus för verksamheten läggs fel, vilket kan leda till att det lagstadgade uppdraget inte kan utföras.	Låg	Förvaltningen är på grund av sin lilla storlek mycket flexibel och anpassningsbar. Beslutsvägarna är korta, uppdraget tydligt.
2	Bemanning Personalflykt.	Risk för personalflykt på grund av långa restider eller strul i kollektivtrafiken för de som tidigare jobbade på Malmökontoret, vilket under en period kan leda till hög arbetsbelastning för de kvarvarande.	Låg	Har inledningsvis hanterats i och med tillämpandet av omställningsavtalet i regionen. Massflykt av personal bedöms inte vara sannolik, men får om det skulle bli aktuellt hanteras med de resurser och medel som står till buds.
3	Lokaler Brister i den fysiska arbetsmiljön, t ex värme och kyla, kontorsutrustning.	Risk för att brister i den fysiska arbetsmiljön inte hanteras på grund av dåliga rutiner eller dålig ekonomi, vilket kan leda till dålig arbetsmiljö.	Låg	Risken har minskat i och med samlokaliseringen av förvaltningen till ett kontor. Lokalerna är moderna, men det finns ändå tidvis problem med kyla eller värme. Dessa brister hanteras av hyresvärden.
4	Hemarbete Risk för minskad sammanhållning och tillhörighet.	Risk för minskad sammanhållning och tillhörighet på grund av för mycket hemarbete, vilket kan leda till dålig arbetsmiljö.	Låg	Hemarbetet är uppskattat och en del i strävan att vara en attraktiv arbetsplats. För att motverka negativa effekter har hemarbete tillåtits under två av fem arbetsdagar (reglerat veckovis). Under omställningsperioden har några fått möjlighet att arbeta från hemmet under tre av fem arbetsdagar.

Risker där etablerad riskhantering finns

Passiv hanteringsmetod för risker där det bedöms finnas en tillräcklig intern kontroll och en separat etablerad uppföljningsprocess på plats.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
1	Stödpersoner Att stödpersoner inte får relevant utbildning eller fortbildning.	Risk för att stödpersoner inte får relevant utbildning eller fortbildning på grund av bristande planering, vilket kan leda till att uppdraget som stödperson inte utförs på ett bra sätt eller att det kan bli svårt att behålla personer som vill vara stödperson.	Låg	Stödpersonshandläggarna har kontakt med stödpersonerna och ska se till att planera och genomföra utbildningstillfällen. Verksamheten följs upp på förvaltningen och avrapporteras till nämnden.
2	Klagomålshantering Hög arbetsbelastning.	Risk för hög arbetsbelastning på grund av otillräcklig bemanning, vilket kan leda till att uppdraget att ta emot klagomål inte kan utföras.	Låg	Med den ärendemängd som finns (cirka 6 000 om året) klaras inkommande ärenden oftast av även med lägre bemanning. En nedre gräns på fyra handläggare (av totalt 14) har satts för att hålla telefonlinjen in öppen, vilket motverkar stress. Detta är främst aktuellt under de stora semesterperioderna. Bemanningen ses över dagligen.
3	Hög ärendeinströmning Risk för utbrändhet.	Risk för utbrändhet på grund av hög ärendeinströmning, vilket kan leda till att uppdraget inte kan utföras.	Påtaglig	Hanteras genom löpande uppföljning av statistik, diskussion på APT och veckomöten. Bemanningen och sidouppdragen ses över löpande.
4	Liten ärendeinströmning Risk för förlorad relevans.	Risk för att patientnämndens klagomålshantering förlorar sin relevans på grund av liten ärendeinströmning, vilket kan leda till att patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården inte bidrar till vårdens utvecklings- och förbättringsarbete.	Låg	Hanteras genom löpande uppföljning av statistik, diskussion på APT och veckomöten.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
5	Klagomålshantering Patienter ser inte nyttan med att klaga.	Risk för att patienter på grund av att samma typ av klagomål återkommer inte ser nyttan med att vända sig till patientnämnden, vilket minskar möjligheten att bidra till vårdens utvecklings- och förbättringsarbete.	Påtaglig	Hanteras genom en professionell handläggning, och tydliggörande av patientnämndens uppdrag. Hanteras också i kommunikationsarbetet och dialogerna med politiskt ansvariga nämnder och styrelser.
6	Klagomålshantering Patienter missförstår patientnämndens uppdrag.	Risk för att patienter missförstår vårt uppdrag på grund av att de inte upplever sig få den hjälp de anser sig behöva, vilket leder till minskat förtroende för patientnämnden.	Påtaglig	Hanteras genom en professionell handläggning med tydlig förväntansstyrning; att de som klagar får klart för sig vad patientnämnden kan göra. Hanteras också i kommunikationsarbetet.
7	Kommunikation Allmänheten har bristande kunskap om klagomålssystemet.	Risk för att allmänheten inte vet hur klagomål på hälso- och sjukvården ska framföras på grund av otillräckliga informationsinsatser, vilket kan leda till att viktiga erfarenheter aldrig kommer vården till del.	Påtaglig	Förvaltningen har en egen kommunikatör. Hanteras med ett strategiskt kommunikationsarbete, vilket inkluderar en kommunikationsplan och en aktivitetsplan för kommunikationsinsatser. Följs upp på förvaltningen och av nämnden.
8	Kommunikation Vårdpersonal har bristande kunskap om klagomålssystemet.	Risk för att vårdpersonal inte vet eller inte berättar om att patienter kan framföra sina klagomål till patientnämnden på grund av bristande kunskaper om klagomålssystemet, vilket kan leda till att viktiga erfarenheter aldrig används i det systematiska förbättringsarbetet.	Påtaglig	Förvaltningen informerar på vårdutbildningar, samt sprider broschyrer och filmer. Marknadsföringen riktas till olika målgrupper, bland annat vårdpersonal. Personalen nås också av de analyser, rapporter och uppmärksammanden som översänds till politiskt ansvariga nämnder och styrelser.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
9	Kommunikation Dålig planering av marknadsföringsinsatser.	Risk för att dålig marknadsföring på grund av dålig planering och omvärldsbevakning minskar förtroendet för patientnämnden och förmågan att hjälpa såväl individuellt som systematiskt.	Låg	Förvaltningen har en egen kommunikatör. Hanteras i kommunikationsarbetet och aktivitetsplanen.
10	Analyser Vården tar inte till sig innehållet i analyserna, utan ser dem mest som besvärande.	Risk för att våra relationer till vården och andra intressenter försämras på grund av våra analyser och uppmärksammanden, vilket försvårar fortsatt bidrag till förbättringsarbetet.	Låg	Det åligger patientnämnden enligt lag att analysera inkomna klagomål och att uppmärksamma vårdgivare på risker för patientsäkerheten. Vilka analyser som ska genomföras beslutas av nämnden efter förslag från förvaltningen.
11	Dataskydd Personuppgiftsincidenter.	Risk för personuppgiftsincidenter på grund av slarv under handläggning, vilket kan leda till brott mot dataskyddsförordningen.	Påtaglig	Incidenter rapporteras. Dataskydd är en stående punkt på dagordningen för APT. Alla personuppgiftsincidenter tas upp för information för att alla medarbetare ska vara medvetna om vikten av att vara noggrann.
12	Informationssäkerhet Dator-/serverhaveri.	Risk för dator- eller serverhaveri på grund av elfel eller andra tekniska störningar, vilket kan leda till att ärendeinformation går förlorad.	Låg	Sannolikheten för att samtliga datorer ska haverera på en gång bedöms som mycket liten. Att ärendehanteringssystemet havererar är mer sannolikt, men de instruktioner som finns med manuell mottagning, och samarbetet kring vårt system, Vårdsynpunkter, med sex andra patientnämnder, gör att redan vidtagna åtgärder bedöms som tillräckliga.

Risker som bevakas

Aktiv hanteringsmetod för risker som på grund av specifika förutsättningar behöver hållas under uppsikt. Metoden är lämplig för risker som kräver aktiv hantering men där granskning och åtgärd inte är tillämpligt. Följs upp inom ramen för den interna kontrollprocessen.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Analyser Vården använder sig inte av de upplevelser som patienterna berättar om.	Risk för att vården inte tar del av, förstår eller feltolkar analyserna av inkomna klagomål på grund av att analyserna är okända eller beskriver en bild som vårdpersonalen inte känner igen sig i, vilket kan leda till att analyserna inte bidrar till förväntat förbättringsarbete.	Påtaglig	Det är ett lagstadgat uppdrag att göra analyser av inkomna klagomål. Dessa ska bidra till att vården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Med tydlighet och professionalitet i tema och utformning underlättar förhoppningsvis analyserna vårdens ständiga förbättrings- och utvecklingsarbete. En förutsättning för uppmärksamhet och verksamt bidragande är ett gott kommunikationsarbete. Effekten av analyserna är svår mätbar. En möjlighet är att återkomma till tidigare granskade analysområden för att kunna jämföra trender och tendenser.	Patientnämnden fastställer en analys vid varje sammanträde. I samband med detta ges en kommentar från en företrädare för vården. Nämnden får här möjlighet att följa upp med frågor.

Risker som granskas

Aktiv hanteringsmetod för risker som är kontrollerbara och där sannolikheten eller konsekvensen delvis är osäker och behöver verifieras.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Stödpersoner Stödpersoner saknas.	Risk för att det inte finns stödpersoner att tillgå på grund av bristande intresse av att bli stödperson eller att uppdraget är okänt, vilket kan leda till att vi inte klarar av vårt lagstadgade uppdrag.	Påtaglig	Behovet av stödpersoner är direkt kopplat till hur många som tvångsvårdas inom psykiatri eller enligt smittskyddslagen. Andelen som önskar stödperson är liten, beredskap behöver ändå finnas för att önskemålen ökar något. Stödpersonshandläggarna ska se till att det finns ett rimligt antal stödpersoner att snabbt tillgå, jämnt fördelade över Skåne. Statistik ska tas fram och uppdateras till varje uppföljningstillfälle.	Följs upp på förvaltningen, samt rapporteras till nämnden och är en del av både delårsrapport och årsrapport.

Risker som hanteras genom åtgärd

Aktiv hanteringsmetod för risker där det finns förutsättningar att agera på ett på förhand tydligt behov.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Klagomålshantering Klagomål handläggs inte enhetligt.	Risk för att klagomål inte handläggs enhetligt på grund av bristande samsyn bland handläggarna om när olika åtgärder ska vidtas, vilket leder till att likabehandlingsprincipen inte kan upprätthållas.	Hög	Handläggningsstatistiken visar att det generellt görs olika bedömningar av handläggarna för när till exempel ett yttrande ska begäras. Här krävs fortsatta diskussioner om de skillnader som finns i handläggningen, och hur de ska hanteras. Detta är tänkt att lösas främst på handläggarmötena. På dessa håller koordinatorena ihop diskussion och förslag till åtgärder utifrån handläggarnas egna erfarenheter. Frågor och oklarheter ska eskaleras till förvaltningschefen vid behov.	Skillnader i handläggningen följs upp löpande på handläggarmötena, samt med generell handläggningsstatistik två gånger om året och individuell statistik i samband med medarbetarsamtalen. Särskild statistikvy finns i chefsmenyn i Qlikview.
2	Uppmärksammande Systematiska patientsäkerhetsbrister i vården upptäcks inte.	Risk för att systematiska patientsäkerhetsbrister i vården, som framgår av inkomna klagomål, inte upptäcks på grund av att det saknas en överblick, vilket kan leda till att patientnämnden inte kan uppmärksamma vården på bristerna.	Hög	För att patientnämnden ska kunna kartlägga och uppmärksamma patientsäkerhetsbrister måste det finnas ett system för att upptäcka dem. Det görs genom erfarenhetsutbyte och ärendediskussion på handläggarmötena, med statistik och genom analyserna. Här kan iakttagelser och fördjupningar fångas upp, trender och tendenser ses.	Följs framför allt upp i den årliga redogörelsen till Inspektionen för vård och omsorg, Ivo, och Socialstyrelsen.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
				Till varje nämndsammanträde tas det fram patientärenden med iakttagelser och eventuella fördjupningar, samt statistik och analyser.	
3	Återrapportering Vårdgivarna använder inte applikationen i Qlikview.	Risk för att applikationen för återrapportering av klagomål i Qlikview inte används på grund av okunskap om den, vilket kan leda till att inkomna klagomål, i vilka det inte begärs yttrande, inte heller bidrar till att utveckla och förbättra vården på det sätt de skulle kunna.	Hög	Återrapporteringen av samtliga inkomna klagomål till respektive vårdgivare är viktig information för att vårdgivarna snabbt ska kunna vidta åtgärder, men också för att kunna se eventuella mönster avseende klagomål på den egna verksamheten. Modellen med återrapportering genom QV har visat sig inte fungera som tänkt, eftersom vårdgivarna inte går in i applikationen. Här behövs fler kommunikationsinsatser. Användarstatistiken ska följas. Dessutom ska förvaltningar som berörs informeras särskilt, på samma sätt som Primärvården Skåne informerades under hösten 2023.	Följs upp på förvaltningen och rapporteras till nämnden i samband med delårsrapport och årsrapport.