

Intern kontroll

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026

**Sjukhusstyrelse Skånes
universitetssjukhus**

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.....	6
Risker där etablerad riskhantering finns	7
Risker som bevakas.....	13
Risker som granskas.....	15
Risker som hanteras genom åtgärd	17

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 oönskad 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

Följande väsentliga riskområden ingår inte i riskanalysen då de hanteras i andra processer;

- Miljö
 - Verksamhetsnära risker analyseras och hanteras inom ramen för beslutad process för egenkontroll miljö. Däremot inkluderas övergripande risker kopplat till strategiskt miljö- och hållbarhetsarbete.
- Brandskydd
 - Analyseras och hanteras inom ramen för beslutad process för systematiskt brandskyddsarbete (SBA).
- Patientsäkerhet
 - Analyseras och hanteras i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och inkluderas inte i genomförd riskanalys. Återrapportering sker bland annat genom patientsäkerhetsberättelse.
- Riskanalyser kopplade till större projekt; riskanalyser kopplade till nya sjukhuset Malmö respektive Lund hanteras inom ramen för respektive projekt.

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	Bisyssla <i>Regelefterlevnad</i>	Risk för att gällande regelverk för bisyssla inte efterlevs på grund av att detta inte är känt för medarbetarna eller att arbetsgivaren inte systematiskt efterfrågar uppgifter om bisyssla.	Låg	Rutiner finns och är kommunicerade. Inbyggda kontroller bedöms tillräckliga.
2	Attestering <i>Följsamhet</i>	Risk för felaktig hantering av fakturor på grund av bristande kunskaper om och följsamhet till gällande attesteringsrutiner.	Låg	Risken accepteras; GSF bevakar en stor del som ligger utanför Sus vilket bedöms fungera väl.

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	Beslutsprocess <i>Brister i beslutsunderlag</i>	Risk att politiska beslut fattas på bristande underlag.	Låg	Inbyggda kontroller i beredningsprocessen bedöms tillräckliga.
2	Miljö <i>Låg kompetensnivå</i>	Risk för bristande hållbarhetsarbete på grund av att kompetensnivån hos organisationens medarbetare är för låg, vilket kan leda till ökad belastning på miljön och minskat förtroende för sjukvården.	Låg	Följs upp inom ramen för beslutad process, bland annat i verksamhetsberättelse och vid fördjupade månadsrapporter. Dessutom sker regelbundna interna och externa miljörevisioner, slutligen lyfts dessutom miljöarbetet strukturerat på ledningens genomgång.
3	Miljö <i>Rutiner och processer</i>	Risk för att hållbarhetskrav i upphandlingar ej uppmärksammas på grund av bristande rutiner och processer.	Påtaglig	Följs upp inom ramen för beslutad process, bland annat i verksamhetsberättelse och fördjupade månadsrapporter. Miljöarbete lyfts dessutom strukturerat på ledningens genomgång.
4	Miljö <i>Hantering brandfarlig vara</i>	Risk att brand orsakar miljöpåverkan	Påtaglig	Sus avdelning för säkerhet och beredskap och Sus miljöavdelning samverkar kring brandfrågan. Sus avdelning för säkerhet och beredskap har etablerade rutiner och uppföljning av att brandarbetet efterlevs på avdelningarna. Dessutom hanteras brandskydd inom ramen för beslutad process Systematiskt brandskyddsarbete (SBA), se <i>Avgränsning</i> ovan.
5	Kemikaliehantering <i>Spill/läckage</i>	Risk för spill/läckage som släpps ut till avlopp/luft vid hantering av kemisk produkt	Hög	Sus miljöavdelning ansvarar för instruktioner, löpande utbildning och kommunikation, substitution enligt riktlinje, handlingsplan framtagna för att uppnå mål i miljöprogram 2030 samt uppföljning.
6	Användning av lustgas och anestesigaser	Risk för utsläpp av klimatpåverkande gaser ex; lustgas och anestesigaser	Hög	Sus miljöavdelning ansvarar för instruktioner, löpande utbildning och kommunikation, substitution enligt riktlinje, handlingsplan framtagna för att uppnå mål i miljöprogram 2030 samt uppföljning.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering
7	Offentlighet och sekretess <i>Bristande informationshantering</i>	Risk för informationsförlust vid bristande informationshantering.	Påtaglig	Bristande informationshantering, såsom brister i rutiner, dokument på två platser (analogt & digitalt), systembegränsningar som innebär att verksamheter skapar egna analoga system för att få tillgång till dokument innebär risk för informationsförluster. Bevakning av risken sker dock genom årsrapportering och bedöms inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
8	Offentlighet och sekretess <i>Brister i fysisk infrastruktur</i>	Risk för att allmänna handlingar förstörs på grund av (fysiska) brister i lokaler (läckande vattenrör etc.)	Påtaglig	Brister i arkivlokaler kan innebära att handlingar utsätts för vatten och skadlig fukt, brand, brandgas och skadlig upphettning, skadlig klimat- och miljöpåverkan samt skadegörelse, tillgrepp och obehörig åtkomst. Kan få konsekvenser för både anställda samt myndigheten gällande tex förlorat bevisvärde. Ett fukt- eller vattenskadat arkiv innebär stora sanerings- och konserveringskostnader. Bevakning av risken sker dock genom årsrapportering och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
9	Offentlighet och sekretess <i>Informationshantering</i>	Risk för att Sus inte lever upp till kraven i 2 kap. tryckfrihetsförordningen (1949:105) gällande rätten att ta del av allmänna handlingar på grund av bristande informationshantering.	Påtaglig	Bristande sökbarhet (både analogt och digitalt) och bristande kännedom om vilka handlingar som förvaras av verksamhet innebär risker för att inte leva upp till de krav som ställs i TF gällande rätten att ta del av allmänna handlingar eller de krav som ställs i arkivlagen om att organisera arkivet så att rätten till allmänna handlingar underlättas. Kan även få konsekvenser för både anställda samt myndigheten gällande tex förlorat bevisvärde (pension). Bevakning av risken sker dock genom årsrapportering och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
10	Informationssäkerhet och dataskydd <i>Resurser och rutiner</i>	Risk för att riskanalyser och konsekvensbedömningar inte genomförs inför upphandling eller användande av utrustning och system på grund av bristande resurser och rutiner.	Påtaglig	Dataskydd ska vara en integrerad del redan från start vid nya projekt och upphandlingar för beskrivning av risker kring hantering av personuppgifter. Bevakning av risken sker genom årlig uppföljning i årsrapport och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
11	Informationssäkerhet och dataskydd <i>Kunskapsbrist och bristande rutiner</i>	Risk för att personuppgiftsincidenter ej identifieras på grund av kunskapsbrist och bristande rutiner.	Påtaglig	Uteblivna anmälningar och utredningar av personuppgiftsincidenter kan leda till att medborgare inte får information om att sådan har skett eller att nya rutiner inte införs för att säkerställa att liknande incidenter inte inträffar igen. Bevakning av risken sker genom årlig uppföljning i årsrapport och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
12	Informationssäkerhet och dataskydd <i>Hantering av personuppgifter</i>	Risk för att medborgares integritet kränks på grund av bristande hantering av personuppgifter.	Hög	Väsentlig risk där det fortsatt finns behov av att följa utvecklingen för vidare bedömning om behov av fördjupad granskning. Inom ramen för regionens ledningssystem för informationssäkerhet sker dock uppföljning antalet incidenter, kontroll att rutiner för anmälan incidenter följs, mätning av andelen som gått utbildning i offentlighet- och sekretess, dataskydd och informationssäkerhet. Uppföljning samlas i en årsrapport och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
13	Avvikelsehantering <i>Bristande rutiner</i>	Risk att avvikeleregistrering och uppföljning inte sker i enlighet med gällande riktlinjer på grund av brister i lokala arbetsrutiner.	Påtaglig	Brister kan leda till att systematiskt kvalitetsarbete och organisatoriskt lärande försvåras. Bevakning av risken sker genom årlig uppföljning i patientsäkerhetsberättelse och bedöms därmed inte behöva bevakas genom den interna kontrollprocessen.
14	Redovisning <i>Kunskapsbrist</i>	Risk att följsamhet till projektredovisningsrutiner och regler inte efterföljs eller är otillräcklig gällande forskningsprojekt, på grund av bristande kunskap.	Låg	Lägre riskvärde i kombination av att befintlig process bedöms ändamålsenlig. Uppföljning av beslut och stickprov genomförs inom ramen för befintlig process. I samband med genomförd omorganisation avseende funktionen för forskningsekonomi har en <i>bedömning av arbetsmiljörisker och handlingsplan</i> tagits fram. I denna har risken för att grundläggande principer avseende forskningsmedel inte följs identifierats och åtgärder har tagits fram. Dessa följs upp inom ramen för förändringsarbetet.

15	Redovisning <i>Kunskapsbrist</i>	Risk för att personkänslig information vid fakturahantering strider mot aktuellt regelverk på grund av bristande kunskap och hantering, vilket kan leda till att känslig information görs tillgänglig. Det kan i sin tur leda till skador för den drabbade och medföra förtroendeskada för organisationen.	Låg	Lägre riskvärde i kombination av att befintlig process bedöms ändamålsenlig motiverar en passiv hanteringsmetod. Utbildningsinsatser och stickprov genomförs inom ramen för befintlig process.
16	Ekonomi <i>Ersättningar HSN</i>	Risk för att ersättningar från HSN ej utbetalas på grund av bristande kommunikation och rutiner.	Låg	Lägre riskvärde i kombination att befintlig process bedöms ändamålsenlig motiverar en passiv hanteringsmetod. Rutiner och hantering säkerställs.
17	Ekonomi <i>Läkemedel</i>	Risk för att ersättning för fördyrande läkemedel ej utbetalas på grund av bristande kommunikation och rutiner.	Låg	Lägre riskvärde i kombination med att befintlig process bedöms ändamålsenlig motiverar en passiv hanteringsmetod. Rutiner och hantering säkerställs.
18	Donationer och gåvor <i>Rutiner</i>	Risk för att rutiner för mottagande av donationer och gåvor inte följs på grund av bristande kännedom.	Låg	Lägre riskvärde i kombination med att befintlig process bedöms ändamålsenlig motiverar en passiv hanteringsmetod. I samband med genomförd omorganisation avseende funktionen för forskningsekonomi inklusive funktionen som arbetar med donationer och gåvor har en <i>bedömning av arbetsmiljörisker och handlingsplan</i> tagits fram. I denna har risken för tapp av kompetenser identifierats och åtgärder har tagits fram. Dessa följs upp inom ramen för förändringsarbetet.
19	Utdelning av forskningsanslag <i>Hantering och rutiner</i>	Risk för felaktigheter vid utdelning av forskningsanslag ur stiftelser och donationer på grund av brister vid hanteringen.	Påtaglig	Översyn av rutiner vid handläggning av utdelning ur Sus stiftelser och donationer har gjorts. Följs upp inom ramen för årlig uppföljning. I samband med genomförd omorganisation avseende funktionen för forskningsekonomi inklusive funktionen som arbetar med donationer och gåvor har en <i>bedömning av arbetsmiljörisker och handlingsplan</i> tagits fram. I denna har risken för tapp av kompetenser identifierats och åtgärder har tagits fram. Dessa följs upp inom ramen för förändringsarbetet.

20	Digitalisering <i>Genomförande</i>	Risk för utebliven effekt av digitalisering på grund av bristande planering och genomförande.	Hög	Väsentlig risk där bevakning dock sker inom ramen för regional uppföljningsplan.
21	SDV <i>Brister i förberedelse</i>	Risk för brister vid införande av SDV på grund av otillräckligt förberedelsearbete (system och organisation).	Påtaglig	Hanteras och följs upp inom ramen för utrullning av projektet, ytterligare kontrollåtgärder bedöms ej nödvändiga.
22	Kompetensförsörjning <i>Rekrytering</i>	Risk för bristande kompetensförsörjning på kort och lång sikt på grund av svårigheter att rekrytera, behålla och utveckla rätt kompetens.	Mycket hög	Väsentlig risk som bevakas och bedöms inom ramen för regional uppföljningsplan, exempelvis genom fördjupade månadsrapporter, kompetensförsörjningsplan, delårsrapport och verksamhetsberättelse. Det bedöms inte tillföra mervärde att risken som helhet även bevakas inom ramen för intern kontrollprocessen. Mot bakgrund av ovan samt riskens komplexitet bedöms inte heller annan aktiv granskningsmetod vara aktuell. Däremot har särskilda riskområden ansetts ha värde att hanteras inom ramen för intern kontrollprocessen, se nedan.
23	Arbetsmiljö <i>Bristande resurser och hög arbetsbelastning</i>	Risk för att verksamheter på Sus inte kan upprätthålla en tillfredsställande arbetsmiljö på grund av bristande resurser och hög arbetsbelastning, vilket kan medföra sjukskrivningar och att personal avslutar sin anställning.	Mycket hög	Hanteras genom aktiviteter inom ramen för systematiskt arbetsmiljöarbete, skyddskommitté och årlig medarbetarenkät, ytterligare kontrollåtgärder bedöms inte behövas. Bevakning och bedömning av åtgärder sker även inom ramen för regional uppföljningsplan, exempelvis genom månadsrapporter, kompetensförsörjningsplan, delårsrapport och verksamhetsberättelse, samt delgivande av rapporter från eventuella inspektioner från arbetsmiljöverket. Det bedöms inte tillföra mervärde att risken som helhet även bevakas inom ramen för intern kontrollprocessen.
24	Tillgänglighet <i>Vårdgarantin</i>	Risk för att vårdgarantin inte kan uppfyllas på grund av brist på vårdplatser	Mycket hög	Väsentlig risk som bedöms behöver bevakas. Bevakning och bedömning av åtgärder sker dock inom ramen för regional uppföljningsplan, exempelvis genom månadsrapporter, delårsrapport och verksamhetsberättelse. Därutöver sker information vid varje mötestillfälle med styrelsen. Det bedöms inte tillföra mervärde att risken även bevakas inom ramen för intern kontrollprocessen. Mot bakgrund av ovan samt riskens komplexitet bedöms inte heller annan aktiv granskningsmetod vara aktuell.

25	Otillräckling nivåstrukturering	Risk för att förutsättningar för högspecialiserad vård försämras på grund av otillräcklig nivåstrukturering	Hög	Väsentlig risk som bedöms behöver bevakas. Men bevakning sker gemensamt regionalt inom ramen för Omställningsarbetet och Framtidens hälsosystem.
26	Nära vård <i>Brister i samverkan</i>	Risk för att intentionerna i HS-avtalet inte efterlevs på grund av bristande samverkan med kommuner och primärvård, vilket kan leda till att utvecklingen av den nära vården och förflyttningen inom sjukvården från sjukhus till hemmet inte genomförs på rätt sätt.	Påtaglig	Särskilt belyst och följs upp inom ramen för arbetet med framtidens hälsosystem samt genom delmål i verksamhetsberättelsen där bland annat implementering av handlingsplaner för god och nära vård följs upp.
27	Samverkan patienter och närstående <i>Brist på tillvaratagande av erfarenheter</i>	Risk för att patienter och närstående upplever vården som ineffektiv och otillräcklig på grund av bristande tillvaratagande av patienternas erfarenhet inom organisationen. Detta kan leda till minskat förtroende och nöjdhet med den vård Sus bedriver.	Påtaglig	Följs upp särskilt inom ramen för handlingsplan för ökad samverkan för patienter och närstående, bland annat i verksamhetsberättelse.
28	Samverkan barn och unga <i>Arbetssätt</i>	Risk för att samverkan kring barn och unga med behov av samordnade insatser brister på grund av avsaknad av standardiserat arbetssätt.	Påtaglig	Rutiner finns och är kommunicerade. Inbyggda kontroller bedöms 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	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Offentlighet och sekretess <i>Informationsförlust</i>	Risk för informationsförlust vid byte av dokumenthanteringssystem.	Hög	Ökad risk under perioden med anledning av byte av dokumenthanteringssystem för hantering av exempelvis styrande dokument i vården. Förlust av styrande dokument i vården kan få konsekvenser för arbetsmiljön och patientsäkerheten. Begränsad funktion i nya systemet och avveckling av andra lagringsytor bidrar även till risken. En begränsad insyn över processen motiverar aktiv hantering. Metod: Kontroll att information har migrerats till det nya systemet.	Årlig uppföljning
2	Medicintekniska produkter <i>Kostnadsökningar</i>	Risk för kostnadsökningar kopplat till specialutrustning på grund av förändringar i lagstiftning som försvårar re-processing/återanvändning.	Hög	Ny lagstiftning, förordning om medicintekniska produkter (MDR), innebär att återanvändning/re-processing försvåras, vilket kan innebära ökade kostnader för viss specialutrustning som tidigare återanvänts men som enligt MDR behöver kasseras efter ett användningstillfälle, alternativt skickas för sterilisering vilket medför utmaningar i logistik samt ökade kostnader. Frågan hanteras delvis regionalt, men utveckling och status bedöms behöva bevakas särskilt även på Sus.	Årlig uppföljning

3	Medicintekniska produkter <i>Minskad tillgång</i>	Risk för minskad tillgång till medicintekniska produkter på grund av strängare krav i lagstiftning.	Hög	Ny lagstiftning, förordning om medicintekniska produkter (MDR), innebär att strängare krav ställs på tillverkare, vilket kan innebära att produkter dras tillbaka och/eller att sjukhusets egen tillverkning försvåras. Frågan hanteras delvis regionalt, men utveckling och status bedöms behöva bevakas särskilt även på Sus.	Årlig uppföljning
---	---	---	------------	---	--------------------------

Risker som granskas

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

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Besluts- och delegationsordning <i>Följsamhet</i>	Risk att beslut fattas på fel nivå på grund av att besluts- och delegationsordning inte efterföljs eller är uppdaterad. Detta kan leda till felaktiga beslut och förtroendeskada.	Hög	Aktiv hantering motiveras av rekommendation i samband med revisionsgranskning. Regionen kommer under 2024 genomföra en samlad översyn för att förtydliga hur reglemente, delegationsordning, styrdokument, chefsinstruktion och beslutsordning utgör en helhet i Region Skånes reglering av beslutsfattande. Sus har under 2023 genomfört genomlysning och uppdatering av beslutsordning och vidaredelegationsordning. Det regionala arbetet motiverar dock en uppföljning av Sus besluts-och delegationsordning under 2024.	Årlig uppföljning
2	Tillgänglighet/produktion <i>Vårdgaranti</i>	Risk för att vårdgarantin inte kan uppfyllas på grund av bristande produktionskapacitet.	Mycket hög	Väsentlig risk som bedöms behöva granskas. Uppföljning sker regelbundet i samband med delårs- och helårsrapport samt löpande uppföljning. Metod: exempelvis genom kontroll av införande av produktionsverktyg.	Årlig uppföljning
3	Kompetensförsörjning <i>Pensionsavgångar</i>	Risk för ökning av bristkompetenser på grund av tidiga pensionsavgångar	Mycket Hög	Väsentlig risk som bedöms behöva granskas. Uppföljning sker regelbundet i samband med delårs- och helårsrapport samt löpande uppföljning. Metod: Kontroll av genomsnittlig ålder för pensionsavgång bedöms skapa ett mervärde. Pensionsåldern ska inte bli lägre jämfört med 2022.	Årlig uppföljning
4	Kompetensförsörjning <i>Minskad använd tid</i>	Risk för ökning av bristkompetenser på grund av minskad använd tid av resurser	Mycket Hög	Metod: Kontroll av förändring av använda timmar per anställd bedöms skapa ett mervärde. Jämförelseår 2022.	Årlig uppföljning

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
5	Kompetensförsörjning <i>Ledarskap</i>	Risk för bristande ledarskap på grund av otillräckliga förutsättningar	Mycket Hög	Väsentlig risk som bedöms behöva granskas. Uppföljning sker regelbundet i samband med delårs- och helårsrapport samt löpande uppföljning. Metod: Kontroll av omsättning av enhetschefer (indikation på kontinuitet och förutsättningar för ett gott ledarskap) bedöms skapa ett mervärde. Kontroll av antal medarbetare/chef. Jämförelseår 2022.	Årlig uppföljning
6	Investeringar <i>Bristande kostnadsberäkningar</i>	Risk för att bristande kostnadsberäkningar leder till ekonomisk skada	Påtaglig	Kostnadsberäkningar är en viktig del i det totala beslutsunderlaget. Bedöms av vikt att följa under kommande år. Metod: Uppföljning av beslut och kostnadsökningar. Stickprov	Årlig uppföljning
7	Upphandling/inköp	Risk för oegentligheter vid upphandling och inköp på grund av bristande kunskap om och efterlevnad av lagar och regelverk, vilket kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada.	Hög	Revisionskontorets granskning pekar på brister i efterlevnaden av det regelverk som gäller för direktupphandlingar, vilket motiverar aktiv hantering. Metod: Uppföljning av beslut. Stickprov. Utbildningsinsatser.	Årlig uppföljning
8	Upphandling/inköp	Risk för att direktupphandling och inköp (inkl beslutsrätt) ej sker enligt LOU på grund av bristande kunskap om och efterlevnad av lagar och regelverk, vilket kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada.	Hög	Revisionskontorets granskning pekar på brister i efterlevnaden av det regelverk som gäller för direktupphandlingar, vilket motiverar aktiv hantering. Metod: Uppföljning av beslut. Stickprov. Utbildningsinsatser.	Årlig uppföljning
9	Upphandling/inköp	Risk för att inköp av medicinsk utrustning med tillhörande system ej följer gällande regelverk på grund av bristande kunskap. Detta kan leda till ej ändamålsenliga inköp samt ekonomisk skada.	Hög	Revisionskontorets granskning pekar på brister i efterlevnaden av det regelverk som gäller för direktupphandlingar, vilket motiverar aktiv hantering. Metod: Uppföljning av beslut. Stickprov. Utbildningsinsatser.	Årlig uppföljning

Risker som hanteras genom åtgärd

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

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Barnrätt <i>Brist på stöd</i>	Risk för att barns rätt enligt barnkonventionen inte beaktas i kontakt med barn som närstående till patienter på grund av bristande kunskap och stöd.	Hög	Arbetet med barnrätt behöver genomsyra hela Sus verksamhet. Underlag för beslutsstöd ska tas fram. Arbetet med barnrätt på Sus ska utvärderas och aktiviteter i enlighet med regional policy och handlingsplan ska tas fram. Metod: Uppföljning av efterlevnad av policy och handlingsplan.	Årlig uppföljning
2	Behörigheter <i>Inaktuella behörigheter</i>	Risk för att medarbetare som byter tjänst inom organisation behåller inaktuella behörigheter i digitala system eller till lokaler på grund av bristande rutiner för chefers avslut av medarbetare. Detta kan leda till avvikelse mot attestreglemente, felaktig informationstillgång, ekonomisk skada samt förtroendeskada.	Hög	En genomlysning av behörigheter i vissa system genomfördes under 2023 som en åtgärd i intern kontrollplan 2023. Det konstaterades brister i hantering av behörigheter. Det bedöms fortsatt finnas behov av aktiv hantering, bland annat mot bakgrund av rekommendation i samband med revisionsgranskning. Metod: Uppföljning efterlevnad rutiner, stickprov i utvalda system; användare har korrekt åtkomst till utrymmen, system, information och signering.	Årlig uppföljning
3	Behörigheter <i>Ansvarsfördelning</i>	Risk för att obehöriga ges tillgång till lokaler och system på grund av oklarheter i ansvarsfördelning vid utredning av allvarliga säkerhetsrisker kopplat till kort.	Hög	Hantering av avvikelser kopplat kort innebär ofta komplexa utredningsmoment och kräver att flera funktioner och resurser involveras. Aktiv hantering motiveras av rekommendation i samband med revisionsgranskning. Metod: Arbeta för framtagande av tydlig ansvarsfördelning vid utredning av allvarliga säkerhetsrisker kopplat till kort.	Årlig uppföljning

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
4	<i>Ekonomi i balans</i>	Risk för att budget i balans inte kan uppnås på grund av att kostnaderna överstiger budgetramarna vilket kan leda till ett ökat underskott.	<i>Mycket Hög</i>	Denna risk hanteras delvis genom etablerad process för budget och uppföljning, men med anledning av det ansträngda läget har förvaltningen tagit fram förvaltningsspecifika åtgärder för att hantera risken. Aktiv hantering motiveras av rekommendation i samband med revisionsgranskning. Metod; För att nå en ekonomi i balans arbetar Sus med åtgärder på två nivåer; verksamhetsspecifika åtgärder samt sjukhusövergripande åtgärder. Verksamheterna inom Sus arbetar löpande med att upprätta handlingsplaner, med åtgärder att genomföra under innevarande år, för att nå en ekonomi i balans. Efter sommaren 2023 tillsattes en arbetsgrupp, bestående av bland annat verksamhetschefer, förvaltningschef, biträdande förvaltningschefer och ekonomichef. Arbetsgruppen arbetar nära verksamheterna för att på ett effektivare sätt genomföra åtgärderna, samt hitta sätt att identifiera nya åtgärder för att minimera/åtgärda Sus underskott.	Uppföljning av handlingsplaner i samband med rapportering till SHS Sus