

# Intern kontroll

## Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026

### Sjukhusstyrelse Kristianstad

Datum: 2023-02-16

# Innehåll

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026.....	3
Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne .....	3
Risikanalys .....	4
Plan för riskhantering.....	4
Uppföljning .....	4
Årlig revidering.....	5
Risker som konstateras.....	7
Risker där etablerad riskhantering finns .....	8
Risker som bevakas.....	10
Risker som granskas.....	12
Risker som hanteras genom åtgärd .....	13

# Risicanalys 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.

## Risicanalys

Risicanalysen 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 risicanalysen 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

## Plan för riskhantering

Risicanalysen 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.

	Mycket hög risk
	Hög risk
	Påtaglig risk
	Låg risk

## 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 synliggörs och hanteras inom ramen för systematisk intern kontroll ska övergripande beskrivas i riskanalysen. Exempel är risker som på grund av speciella omständigheter, sekretess eller lagstiftning hanteras i särskilda styr- och ledningssystem.

## 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
Digitalisering		Sekretess i triage på akutmottagning		Vårdskador		Kompetensförsörjning		Verksamhetsnära ledarskap	
		Samverkan kommuner		Vårdplatser		Alla beslut ska vara finansierade		Tillgänglighet	
		Brist på läkemedel		Personalresurser				Upphandling och inköp	
		SDV: svårt att hantera samexistensperioden		Ledarskap					
		Miljöavvikelser		Hälsofrämjande, utvecklande arbetsmiljö					
		Hot och våld							

## 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	Digitalisering	Risk för minskad tillgänglighet och patienttillfredsställelse vilket inträffar på grund av för långsamt införande och utveckling av e-tjänster vilket kan leda till minskad servicenivå.		Uppföljning av plan och antal e-tjänster

## 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	Sekretess i triage på akutmottagning	Risk för svårighet på sekretess i triagen på akutmottagningen på grund av öppna bås vilket kan leda till patientsäkerhetsrisk		Risken kommer att byggas bort i samband med tillbyggnad av ny akutmottagning. Tills den är klar 2029 så kommer mindre åtgärder att göras för att minimera risken.
2	Samverkan kommuner	Risk vid bristfällig samverkan och kommunikation mellan slutenvården och kommun kan fördröja utskrivningsprocessen och leda till utökad vårdplatsbrist inom slutenvården, utskrivningsklara patienter blir kvar inom slutenvården.		Befintlig vårdssamverkan och utökade samarbetsforum förbättras alltmer vilket leder till förbättrad utskrivningsprocess och patientsäkerhet. Slutenvården säkerställer kontinuerlig kommunikation genom ansvariga koordinators dagtid måndag till fredag på samtliga vårdavdelningar.
3	Brist på läkemedel	Risk för brist på läkemedel på grund av problem hos leverantörer eller nya avtal vilket kan leda till patientsäkerhetsrisk.		Både nationella och regionala projekt pågår för robust läkemedelsförsörjning.
4	SDV: svårt att hantera samexistensperioden	Risk för kaos när vi implementerar regiongemensamt arbetssätt alldeles för sent på grund av att vi går in i SDV väldigt sent vilket kan leda till att vi är oförberedda och således får svårt att hantera samexistensperioden.		Handlingsplan för att minimera svårigheter för samexistens finns och följs upp i SDV-projektet

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering
5	Miljöavvikelser	Risk för att miljöavvikelser inte registreras vilket leder till att åtgärder inte genomförs på grund av brist på kännedom om avvikelserna.		Följs upp genom redovisning i ledningens genomgång
6	Hot och våld	Risk för ökning av hotfulla situationer på grund av bristfälliga planer och rutiner vilket kan leda till dålig arbetsmiljö för våra medarbetare.		Befintliga planer och rutiner följs upp kontinuerligt.

## 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	Vårdskador	Risk för att vårdskador inträffar på grund av resursbrist vilket kan leda till patientlidande.		Följa upp hur många riskanalyser som gjorts i förhållande till hur många förändringar det varit. Följa upp avvikelshantering. Att medarbetarna hinner skriva avvikelser.	2 gånger per år
2	Vårdplatser	Risk för överbeläggningar, utlokaliseringar, arbetsmiljöpåverkan och patientsäkerhet på grund av resursbrist.		Kontinuerligt följa upp utförlig handlingsplan med målet att disponibla vårdplatser är lika med fastställda vårdplatser.	2 gånger per år
3	Personalresurser	Ökad brist på personalresurser på grund av hyrstoppet vilket kan leda till färre vårdplatser.		Följa personalutvecklingen/antal anställda inom alla yrkesgrupper kontinuerligt genom månadsuppföljning, avgångssamtal/enkät samt medarbetarenkät.	2 gånger per år
4	Ledarskap	Risk för minskat engagemang från medarbetarna på grund av brister i ledarskapet. Detta kan leda till lägre grad av måluppfyllelse, sämre arbetsmiljö samt ökad personalomsättning.		Utifrån resultat i medarbetarenkät samt avgångsenkät krävs ett fortsatt arbete med att tydliggöra chefers möjlighet till kompetensutveckling. Förhoppning om att införande av Region Skånes Ledarskpasakademi ska kunna underlätta i framtagande av individuell kompetensutvecklingsplan. Identifiera potentiella chefer till Region Skånes Framtida chefer. Uppföljning sker genom medarbetarsamtal, medarbetarenkät samt i HR dialog.	2 gånger per år

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
5	Hälsofrämjande arbetsmiljö	Risk för ökad ohälsa/sjuktal på grund av hög arbetsbelastning vilket kan leda till resursbrist.		Genomförda kontroller 2022, 2023 visar på avvikelser. Fortsatt arbete och efterlevnad av förvaltningens handlingsplan med aktiviteter som syftar till främjad hälsa och minskad sjukfrånvaro.	2 gånger per år

## 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	Kompetensförsörjning	Risk för kompetensbrist/ personalbrist på grund av svårigheter att rekrytera och behålla personal vilket kan leda till sämre kvalitet till högre kostnad samt risk för att omställningsarbete inför framtiden inte sker.		Efterlevnad av kompetensförsörjningsplan genom att tydliggöra behov av kompetens som krävs för förflyttning av arbetsuppgifter till annan yrkesgrupp, fortsätta identifiera arbetsuppgifter för rätt resursanvändning. Fortsatt arbete med att införa Region Skånes kompetens och tjänstemodell. Uppföljning kommer att ske i HR dialog.	2 gånger per år
2	Alla beslut ska vara finansierade	Risk för underskott vilket inträffar om beslut tas som är ofinansierade.		Uppföljning sker löpande under året. I alla nya projekt/större beslut ska det ekonomiska perspektivet beaktas innan eventuellt godkännande görs.	2 gånger per år

## 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	Verksamhetsnära ledarskap	Risk för svårighet till ett verksamhetsnära ledarskap på grund av att chefer som har vårdutbildning går in och jobbar kliniskt för att klara av vårdplatssituationen. Detta kan leda till att chefer inte får förutsättningar att vara chef som att vara tillgänglig för att personal.		Stärka chefers förutsättningar genom att tydliggöra uppdrag och arbetsuppgifter.	2 gånger per år
2	Tillgänglighet	Risk för bristande tillgänglighet vilket inträffar pga. kapacitets- och kompetensbrist vilket kan leda till patientskador, patientlidande och val av annan vårdgivare		För en effektiv produktionsplanering och uppföljning av tillgänglighet sker ett fortsatt arbete med tillgänglighet och planering och anpassning av resurser i förhållande till vårdbehov. Uppföljning av sjukhusövergripande handlingsplaner. Kontinuerlig uppföljning i fördjupade månadsuppföljningar, hel- och delårsredovisning samt extra insatser kommer att planeras efter behov.	2 gånger per år