

Intern kontroll

**Risikanalyis och
riskhanteringsplan 2024 - 2026**

Sjukhusstyrelse Landskrona

Innehåll

Risicanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026.....	3
Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne	3
Risicanalys	4
Plan för riskhantering.....	4
Uppföljning	4
Årlig revidering.....	5
Risker som konstateras.....	7
Risker där etablerad riskhantering finns	11
Risker som bevakas.....	13
Risker som granskas.....	17
Risker som hanteras genom åtgärd	18

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.

Riskanalys

Riskanalysen 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 riskanalysen 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

Riskanalysen 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
Bristande samverkan barn och unga		Bristfällig introduktion		Felaktigt fattade beslut		Felaktig hantering av fakturor och betalningar		Felaktig investeringsredovisning	
Bristande samverkan mellan sjukhusledning och sjukhusstyrelse		Bristande hållbarhetsarbete		Bristande kompetensförsörjning				Uteblivna besök och onödiga omkostnader	
Bristande tillgänglighet via telefon		Bristande digitaliseringsarbete		Försämrade arbetsmiljö				Otillräckliga åtgärder för att minska kostnadsökningar	
Bristande informationshantering		Bristande reservplanering vid kris och krig		Bristande arbetsmiljö					
Outnyttjade lokaler och/eller medicinskteknisk utrustning				Bristande patientsäkerhet					
Bristande/felaktig redovisning				Kostnadsökningar för läkemedel/MT-utrustning					
Bristande efterlevnad av regelverk för bisysslor				Försenad vård					
Bristande samverkan med primärvård och kommun				Bristande omställningsarbete					
Bristande följsamhet till regler för representation/gåvor				Samordning av patienter					
Bristande kapacitets- och patientplanering				Bristande kunskap om upphandling/inköp/LOU					
Bristande rutiner avseende behörigheter									
Medanet									

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	<i>Bristande samverkan barn och unga</i>	Risk för att samverkan kring barn och unga med behov av samordnade insatser brister på grund av avsaknad av standardiserat arbetssätt.	Låg risk	Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> och har relativt <i>lindriga konsekvenser</i> , detta som följd av att Lasarettet i Landskrona har få patienter inom berörd patientgrupp och ej har någon specifik barn- och ungdomsverksamhet. Mot bakgrund av ovan <i>konstateras</i> risken.
2	<i>Bristande samverkan mellan sjukhusledning och sjukhusstyrelse</i>	Risk för bristande samverkan mellan sjukhusstyrelse och sjukhusledning på grund av otydlighet avseende roller och ansvar.	Låg risk	Risken bedöms vara <i>osannolik</i> men kan få <i>kännbara</i> konsekvenser. Som följd av löpande diskussioner rörande roller och ansvar mellan tjänstemän och förtroendevalda under mandatperiodens första år, med tydliggjorda arbetssätt för ärendehantering m.m., <i>konstateras</i> risken.
3	<i>Bristande tillgänglighet via telefon</i>	Risk för bristande tillgänglighet via telefon	Låg risk	Risken bedöms vara <i>osannolik</i> men kan få <i>lindriga</i> alternativt <i>kännbara</i> konsekvenser. Risken <i>konstateras</i> . 1177-arbetet pågår löpande och LiL ligger väl till även avseende möjligheter till kontakt för patienten. Tillgängligheten via 1177 är 7-24 och telefontider är frikostiga. V b utifrån 1177-ärende kontaktas patient direkt. Systematisk uppföljning av åtgärder genomförs genom framarbetat digitaliseringsstrategi.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
4	<i>Bristande informationsshantering</i>	Risk för att medborgares integritet kränks på grund av bristande hantering av personuppgifter (inbegripet fakturahantering)	Påtaglig risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> men kan vara <i>kännbar</i>.</p> <p>Lasarettet i Landskrona bedöms följa Region Skånes regler och riktlinjer kring personuppgifter väl och det finns tydliga rutiner kring hanteringen av detsamma. Arbete pågår löpande och utbildning av medarbetare genomförs. Säker lagringsyta är exempel på något som används i allt större utsträckning. Meliorloggar görs kontinuerligt enligt rutin och alla sekretesspatienter loggas.</p> <p>Risken <i>konstateras</i> för 2024.</p>
5	<i>Outnyttjade lokaler och/eller medicinskteknisk utrustning</i>	Risk för att lasarettets lokaler och medicintekniska utrustning inte nyttjas fullt ut vilket får negativa ekonomiska konsekvenser	Låg risk	<p>Risken bedöms inför 2024 vara <i>osannolik</i> men kan, om det sker, få <i>kännbara konsekvenser</i> – inte minst ekonomiskt. Under året inventeras även IT-utrustning (hård- och mjukvara). Viktigt ur såväl ekonomisk som säkerhetsmässig synvinkel.</p> <p>Risken <i>konstateras</i> för 2024.</p>
6	<i>Bristande/felaktig redovisning</i>	Risk för att följsamhet till lagar och regelverk för redovisning (inkluderat projektredovisning) är otillräcklig på grund av bristande kunskap.	Låg risk	<p>Risken bedöms inför 2024 vara <i>osannolik</i> men kan, om det sker, få <i>kännbara konsekvenser</i>.</p> <p>Tillgänglig kompetens bedöms vid planframtagande inte medföra oroligheter för att kunna efterleva lagar och regelverk, varför risken <i>konstateras</i>.</p>

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
7	<i>Bristande efterlevnad av regelverk för bisysslor</i>	Risk för att gällande regelverk för bisyssla inte efterlevs på grund av låg kännedom bland medarbetarna, eller för att arbetsgivaren inte systematiskt efterfrågar uppgifter om medarbetarnas bisysslor.	Låg risk	<p>Risken bedöms vara <i>osannolik</i> och, om det inträffar, bedöms få <i>lindriga</i> konsekvenser.</p> <p>Att medarbetare ej uppger eventuell bisyssla är i sig inte nödvändigtvis en fara, men risken hade bedömts vara större om verksamheten samtidigt exempelvis genomför fler egna upphandlingar eller om risken är stor för konkurrerande verksamhet och liknande. Fråga om bisyssla utgör en fast del av det årliga medarbetarsamtalet.</p> <p>Mot bakgrund av ovan <i>konstateras</i> risken för 2024.</p>
8	<i>Bristande samverkan med primärvård och kommun</i>	Risk för att intentionerna i Hälso- och sjukvårdsavtalet inte efterlevs på grund av bristande samverkan med kommuner och primärvård.	Påtaglig risk	<p>Risken bedöms i dagsläget vara <i>mindre sannolik</i> men kan få <i>kännbara</i> konsekvenser.</p> <p>Regelbundna träffar genomförs i samverkansgrupp <i>Styrgrupp närsjukvård</i>. Mot bakgrund av att samverkan med kommuner och primärvård idag bedöms fungera relativt väl <i>konstateras</i> risken för 2024.</p>
9	<i>Bristande följsamhet till regler för representation/gåvor</i>	Risk för att lagstiftning/regler för representation och gåvor inte efterlevs på grund av bristfälliga underlag.	Låg risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> med <i>lindriga</i> konsekvenser.</p> <p>Risken <i>konstateras</i>. GSF genomför regional kontroll som bedöms fungera tillfredställande. Vid konstaterande av brister vidtas åtgärder.</p>

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
10	<i>Bristande kapacitets- och patientplanering</i>	Risk för bristande kapacitetsplanering på grund av otillräcklig framförhållning med schemaläggning. Beror bland annat på oklarheter avseende läkartillgång.	Hög risk	Risken bedöms vara <i>möjlig</i> och konsekvenserna <i>kännbara</i> . Det är ålagt respektive verksamhetschef att arbeta med schemalägnings- och produktions- och kapacitetsplanering varför risken inom ramen för intern kontroll <i>konstateras</i> för 2024.
11	<i>Bristande rutiner avseende behörigheter</i>	Risk för bristande rutiner då medarbetare/chefer byter tjänst inom organisationen, vilket kan leda till att inaktuella behörigheter i system behålls och tillgång till känslig information möjliggörs	Påtaglig risk	Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> men kan få <i>kännbara</i> konsekvenser. Risken <i>konstateras</i> . Rutiner har framarbetats för att minimera risk då medarbetare slutar (införande av funktionsbrevlåda). Vidare pågår intern inventering för att undersöka datorprogram och behörigheter.
12	<i>Medanet</i>	Risk för att medarbetarna inte känner sig trygga i användandet av Medanet	Låg risk	Risken bedöms vara <i>osannolik</i> och kan få <i>lindriga</i> konsekvenser. Införande av Medanet innebär att patientnära vårduppgifter registreras i en handenhet som sedan automatiskt förs in i berört journalprogram. Medanet innebär därmed en automatisering. I de fall handenhet ej skulle fungera är det möjligt att göra på tidigare sätt. Mot bakgrund av detta <i>konstateras</i> risken för 2024.

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	<i>Bristfällig introduktion</i>	Risk för att nya medarbetare inte stannar på grund av bristande introduktionsarbete.	Hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> men har <i>allvarliga</i> konsekvenser.</p> <p>En undermålig introduktion kan få flera följder. Dels kan det bidra till att felaktigheter sker, men det kan även bidra till att medarbetaren inte trivs och väljer att inte arbeta kvar. I tider där kompetensförsörjningen utgör ett stort problem kan vikten av en god introduktion inte underskattas.</p> <p>Det pågår löpande ett introduktionsarbete på lasarettet som utvecklats och idag bedöms fungera relativt väl.</p> <p>Mot bakgrund av ovan bedöms det finnas en <i>etablerad riskhantering</i> och området prioriteras inte ytterligare fokus inom ramen för intern kontroll 2024.</p>
2	<i>Bristande hållbarhetsarbete</i>	Risk för bristande hållbarhetsarbete på grund av att kompetensnivån hos organisationens medarbetare är för låg.	Låg risk	<p>Risken bedöms vara <i>osannolik</i> med <i>lindriga</i> konsekvenser.</p> <p><i>Etablerad riskhantering finns</i>. Systematiskt arbete pågår genom pågående hållbarhetsarbete, utifrån framarbetade handlingsplaner. Uppföljning sker även i samband med verksamhetsberättelse helår. Mot bakgrund av ovan hanteras risken inte aktivt inom ramen för intern kontroll.</p>

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
3	<i>Bristande digitaliseringsarbete</i>	Risk för att medborgarnas förväntningar på tillgänglighet via digitala tjänster inte tillmötesgås på grund av otillräckligt digitaliseringsarbete (inklusive förberedelse inför SDV)	Låg risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> med <i>lindriga</i> konsekvenser.</p> <p>Ett systematiskt förändringsarbete med införande av digitala tjänster pågår kontinuerligt. Sjukhusstyrelse Landskrona har även en framarbetad digitaliseringsstrategi som löpande uppdateras och följs upp.</p> <p><i>Etablerad riskhantering</i> bedöms därmed finnas på plats, genom pågående digitaliseringsarbete, förberedelsearbete inför SDV samt framarbetad digitaliseringsstrategi.</p>
4	<i>Bristande reservplanering vid kris och krig</i>	Risk för bristande (reserv)planering vid kris och krig vilket kan få flera stora och negativa följder för såväl medarbetare som patienter.	Hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> med potentiellt <i>allvarliga</i> konsekvenser.</p> <p><i>Etablerad riskhantering</i> finns genom pågående arbete som leds av kris- och katastrofsamordnare. Kontinuitetsplaner finns framarbetade för samtliga enheter och reservrutiner är kända bland medarbetare.</p>

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	<i>Felaktigt fattade beslut</i>	Risk för att beslut fattas på fel nivå på grund av att besluts- och delegationsordning inte efterföljs eller är uppdaterad.	Låg risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> och bedöms i de flesta fall få <i>lindriga</i> konsekvenser. Ytterst kan dock felaktigt fattade beslut medföra bland annat förtroendeskada. Ny delegationsordning beslutades av styrelsen under 2023.</p> <p>Genomförd granskning under slutet av 2023 påvisade brister avseende ansvarskedjan från fullmäktige till slutdelegat, samt gränsdragningen mellan beslut och verkställighet – konsekvensen blir att beslut fattas utan stöd av delegation. Vidare pekade genomförd granskning på att tillämpningen av delegationsordningar brister och inte fullt ut följer fastställda regelverk. Otydligheter/brister avseende hur beslut om vidaredelegation redovisades noterades också, vilket bedömdes påverka nämnds möjlighet till insyn och kontroll.</p> <p>Risken kommer att <i>bevakas</i> under året. Utifrån den översyn som genomförs centralt kommer därefter åtgärder att genomföras.</p>	Årlig uppföljning
2	<i>Bristande kompetensförsörjning</i>	<p>Risk för bristande kompetensförsörjning på kort och lång sikt på grund av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ökad lönekonkurrens inom regionen • svårigheter att behålla, rekrytera och/eller utveckla kompetens • bristande resurser och hög arbetsbelastning 	Mycket hög risk	<p>Även om Lasarettet i Landskrona idag har relativt god kompetensförsörjning så bedöms det som sannolikt att bristande kompetensförsörjning kan inträffa inom något område framåt, vilket i sin tur kan få allvarliga konsekvenser.</p> <p>Risken bedöms mot bakgrund av ovan viktig att fokusera under hela mandatperioden, och även inom ramen för den systematiska interna kontrollen. Risken <i>bevakas</i> och kommer att fokuseras under hela mandatperioden. Uppföljning av kompetensförsörjningsläget.</p>	2 ggr per år

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
3	<i>Försämrad arbetsmiljö</i>	Risk för försämrad arbetsmiljö på grund av dålig löneutveckling, vilket på sikt ger kompetensförsörjningsproblem med minskad personalstyrka	Hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> med <i>allvarliga</i> konsekvenser.</p> <p>Löneutvecklingen är ett viktigt instrument för arbetsgivaren för att motivera de anställda och osakliga löneskillnader är viktiga att motverka. Lasarettet i Landskrona genomför tillsammans med övriga förvaltningar i Region Skåne en årlig lönekartläggning mellan kvinnor och män i syfte att identifiera osakliga löneskillnader och utvecklingsområden för att även uppnå mer jämställda löner. Lasarettet i Landskrona har inte funnit några osakliga löneskillnader som beror på kön, men generellt sett inom Region Skåne kan man konstatera att inom vissa grupper tjänar män i genomsnitt 10 procent mer än sina kvinnliga kollegor.</p> <p>Risken <i>bevakas</i> under hela mandatperioden. Relaterar till fördjupad uppföljning av kompetensförsörjningsläget. Årlig uppföljning av lönekartläggningen tydliggörs även genom uppföljning av intern kontroll.</p>	Årlig uppföljning
4	<i>Försämrad arbetsmiljö</i>	Risk för försämrad arbetsmiljö på grund av trångboddhet och icke ändamålsenliga lokaler.	Påtaglig risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> med <i>kännbara</i> konsekvenser.</p> <p>Trångboddhet har i delar varit ett problem för lasarettet. Samtidigt planeras för omflytt där flera enheter flyttar till större lokaler, vilket minskar risken.</p> <p>Risken <i>bevakas</i> under hela mandatperioden. Uppföljning av riskutvecklingen följs upp i särskild intern kontroll-uppföljning årligen.</p>	Årlig uppföljning
5	<i>Bristande patientsäkerhet</i>	Risk för ökat antal vårdskador på grund av bristande strukturer, rutiner och/eller kompetens, vilket kan leda till ökat antal trycksår, fler fallolyckor eller vårdrelaterade infektioner	Påtaglig risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> men är <i>kännbar</i> eller <i>allvarlig</i>, inte minst för patienten (beroende på vad det gäller).</p> <p>Systematiskt patientsäkerhetsarbete pågår löpande och innefattar uppföljning av flera aspekter. Punktprevalensmätningar (PPM) vad gäller trycksår kommer att ingå i <i>PPM Omvårdnad</i> och utförs 2</p>	2 ggr per år

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
				<p>ggr/år. PPM VRI (vårdrelaterade infektionen) följs upp 1ggr/år. Fall/fallolyckor registreras kontinuerligt i avvikelssystemet, uppföljning sker via QlikView.</p> <p>Risken <i>bevakas</i> genom att under året följa upp utvecklingen avseende fallolyckor och PPM samt vårdrelaterade infektioner, även inom ramen för intern kontroll.</p>	
6	<i>Kostnadsökningar för läkemedel/MT-utrustning</i>	Risk för försämrad ekonomi på grund av obudgerade kostnadsökningar för nya läkemedel, förmånsläkemedel och medicinsk teknisk utrustning.	Hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>möjlig</i> och konsekvenserna <i>kännbara</i>.</p> <p>Nya läkemedel tenderar att vara dyrare och är därför även svåra att budgetera för. Förändrade behandlingsmetoder kan även medföra ökade kostnader för medicinsk teknisk utrustning (exv insulinpumpar).</p> <p>Risken kommer att <i>bevakas</i> under året genom löpande uppföljning av kostnadsutvecklingen.</p>	Löpande
7	<i>Försenad vård</i>	Risk för försenad vård av patienten på grund av låg tillgänglighet till operation och/eller logopedi, vilket kan leda till stort lidande för patienten	Mycket hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>mycket sannolik</i> och kan få <i>allvarliga</i> eller i vissa fall <i>mycket allvarliga</i> konsekvenser, beroende på patient.</p> <p>Risken prioriteras fokus under hela mandatperioden, även inom ramen för den systematiska interna kontrollen. Logopediverksamhetens tillgänglighet har förbättrats avsevärt under 2023 och har gått från 20 % till 88,4 % avseende första kontakt (december månad). Genomförda återbesök ligger för december på 90,1%.</p> <p>Risken <i>bevakas</i>. Området är fortsatt prioriterat och det fordras ett löpande tillgänglighetsarbete. Följs upp löpande under året och samlat som del av den systematiska interna kontrollen.</p>	Löpande

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
8	<i>Bristande omställningsarbete</i>	Risk för bristande tillgänglighet på grund av utebliven omställning till nära vård och utebliven nivåstrukturerings av vårdplatser	Mycket hög risk	Risken bedöms vara <i>sannolik</i> och kan få <i>allvarliga</i> konsekvenser. Risken bevakas. Omställning till nära vård påbörjats bland annat genom införande av mobilt närsjukvårdsteam. Avseende nivåstrukturerings så bygger arbetet i mycket på regionala beslut, varför LiL i denna del har begränsad påverkan. Områdets utveckling följs upp som del av årlig uppföljning av intern kontroll.	Årlig uppföljning
9	<i>Samordning av patienter</i>	Risk för samordning av patienter på grund av att antalet remisser ej överensstämmer med de läkarresurser som LiL blir tilldelade och i förhållande till tilldelade remisser och operationer.	Mycket hög risk	Risken bedöms vara <i>mycket sannolik</i> och kan få <i>allvarliga</i> . Risken prioriteras fokus under hela mandatperioden, även inom ramen för den systematiska interna kontrollen. Ökade samordningskostnader utgör en effekt. <i>Risken bevakas</i> genom att följas upp löpande under året.	Löpande
10	<i>Bristande kunskap om upphandling/inköp/LOU</i>	Risk för oegentligheter vid upphandling och inköp på grund av bristande kunskap om och efterlevnad av lagar och regelverk (LOU).	Påtaglig risk	Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> som följd av att väldigt få upphandlingar genomförs, men kan få <i>kännsbara</i> konsekvenser. Risken <i>bevakas</i> . Centralt direktupphandlingsstöd inrättas under året i syfte att stödja förvaltningarna i Region Skåne. Bevakning innefattar uppföljning i syfte att säkerställa att nya rutiner medför förbättringar.	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	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
1	<i>Felaktig hantering av fakturor och betalningar</i>	Risk för felaktig hantering av fakturor på grund av bristande kunskaper om attesteringsrutiner eller gällande regler och betalningsrutiner	Påtaglig risk	Risken bedöms vara <i>mindre sannolik</i> men kan få <i>kännbara</i> konsekvenser. Nytt affärssystem ska införas vilket på sikt bör minska risken för felaktig attestering och hantering av fakturor. Risken <i>granskas</i> under året som del av GSF:s interna kontroll, och vid behov sker kompletterande granskning och åtgärder med anledning av resultat.	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	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	<i>Felaktig investeringsredovisning</i>	Risk för felaktig investeringsredovisning på grund av bristande kunskap om och följsamhet till lagar och redovisningsrutiner	Påtaglig risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolikt</i> men kan få <i>kännbara</i> konsekvenser.</p> <p>Åtgärd innefattar att skapa tydligare och bättre rutinbeskrivningar i syfte att säkerställa korrekt investeringsredovisning. Uppföljning i samband med helårsuppföljning av intern kontroll.</p>	Årlig uppföljning
2	<i>Uteblivna besök och onödiga omkostnader</i>	Risk för försämrad tillgänglighet på grund av av- och ombokningar och uteblivna besök. Innebär onödiga kostnader och utnyttjade resurser.	Hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>sannolik</i> och kan få <i>kännbara</i> konsekvenser ekonomiskt och produktionsmässigt.</p> <p>Lasarettet har under 2023 haft ca 15000 om- och avbokningar och cirka 1200 uteblivna besök.</p> <p><i>Åtgärd:</i> Arbete inleds i början av 2024 för att framarbeta nödvändiga insatser i syfte att minska antalet av- och ombokningar. Målsättning är en 50-procentig reduktion under 2024. Inkluderar även uteblivna besök. Uppföljning av åtgärder och resultat kommer ske inom ramen för den systematiska interna kontrollen.</p>	2 ggr per år

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
3	<i>Otillräckliga åtgärder för att minska kostnadsökningar</i>	Risk för att kostnadsökningstakten inte minskar i tillräcklig omfattning på grund av otillräckliga åtgärder	Mycket hög risk	<p>Risken bedöms vara <i>mindre sannolikt</i> och får <i>mycket allvarliga</i> konsekvenser.</p> <p>Att bromsa kostnadsökningstakten, samt öka intäkterna, och sammantaget verka för en ekonomi i balans är ett högprioriterat område för hela Region Skåne. Den ekonomiska utvecklingen följs upp löpande, dels genom månadsrapporter men också genom del- och helårsberättelse.</p> <p>Mot bakgrund av ovan och att området är högprioriterat, fokuseras risken <i>även</i> inom ramen för den systematiska interna kontrollen fram till 2026.</p> <p><i>Åtgärd</i> innefattar styrelsens framarbetad handlingsplan för en ekonomi i balans i vilken flera åtgärder tydliggörs. Kostnadsutvecklingen kommer löpande att följas upp, inkluderat till varje styrelsesammanträde. Åtgärder i handlingsplan för en ekonomi i balans kommer att följas upp och vid behov uppdateras under året, beroende på kostnadsutvecklingen.</p>	2 ggr per år