

# **Intern kontroll**

## **Risikanalyis och riskhanteringsplan 2024 - 2026**

**Sjukhusstyrelse Helsingborg**

2024-02-23

# 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 .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Risker som bevakas.....	8
Risker som granskas.....	10
Risker som hanteras genom åtgärd .....	11

# 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.

### • Arbetsmiljörisker

Det övergripande för att identifiera och följa upp arbetsmiljörisker kan samlas under det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) vilket är ständigt pågående. Till hjälp finns rapportering och uppföljning av arbetsskador och tillbud i AvIC, årlig SAM-enkät för respektive verksamhetsområde och arbetsmiljöronder för varje enhet. De två sistnämnda görs gemensamt med fackliga representanter. Inför större förändringar görs även risk- och konsekvensanalys av arbetsmiljön.

### • Miljörisker

Förvaltningen arbetar med tre fokusområden:

- Resurseffektiv och cirkulär ekonomi. Uppföljning görs av beställning av förbrukningsmaterial och kassation av läkemedel.
- Låg klimatpåverkan genom uppföljning av tjänsteresor och färdslog.
- Frisk och hälsosam miljö. Inventering och uppföljning av använda kemikalier.

### • Patientsäkerhetsrisker

Risker följs genom PPM-mätning av bla basala hygienkrav, vårdrelaterade infektioner, trycksår mm.

Enhet för patientsäkerhet arbetar kontinuerligt med risklogg kopplad till risker för bedömning och åtgärder.

Avvikelse av händelser som kan påverka patientsäkerhet dokumenteras i Region Skånes avvikelssystem AvIC för analys och hantering.

### • Riskanalyser kopplade till större projekt

Lasarettet arbetar med driftsäkerhet gällande reservkraft, nödvattensförsörjning, ventilationsfrågor mm för att få lasarettet att kunna fungera så optimalt som möjligt vid händelse av driftproblem/kris. Reservrutiner finns och dessa inkluderar information och

kommunikation mellan ledningsteam/krisledning på lasarettet och tekniska jourer. Dessa reservrutiner arbetas med att få in i kontinuitetshanteringen och krisplan på lasarettet. Lasarettets nya tekniska byggnad togs i bruk under 2022 och förser lasarettet med ökad reservmöjlighet. Mot verksamheterna arbetas det med kontinuitetshantering (ingår i krisplan) tillsammans med motparter inom andra förvaltningar såsom Regionfastigheter.

#### • **IT- och informationssäkerhet**

Under många års tid har lasarettet byggt ut MVL nätet på lasarettet enligt prioritering som har kartlagts gällande samhällsviktig verksamhet och kritiska beroende. Mot verksamheterna arbetas det med kontinuitetshantering (ingår i krisplan) tillsammans med motparter inom andra förvaltningar såsom Region Fastigheter. Reservrutin vid IT-haveri finns och skall kopplas ihop med kontinuitetshanteringen. Deltagande i utbildning ”Säker informationshantering” följs upp och åtgärder för ökat deltagande pågår. Utvecklingen av informationssäkerheten gjorts på flera plan:

- Fysiska utbildningar avseende Begrepp, konsekvenser och åtgärder.
- Digital kurs ”Säker informationshantering”, som alla uppmanas genomföra vart annat år.
- Ökad tillgänglighet genom nyttjande av funktionsbrevlåda.

Dessa och ytterligare åtgärder har resulterat i ett ökat (Informations)säkerhets engagemang som märks främst av mängden förfrågningar både rörande specifika händelser/ärenden men även genom ökning av antalet fysiska utbildningar på exempelvis arbetsplatsträffar.

#### • **Materialförsörjning**

Risk för leveransstörning av utrustning och materiel relaterat till MDR-certifiering. Regelbunden kontakt med Koncerninköp och Styrornet som bevakar utvecklingen och ev leveransstörningar. Samordning av lokalt beredskapslager med lager för kris- och katastrofsituation samt 14 dagars lagerhållning av läkemedel, utrustning/material för IVA-verksamhet. Förvaltningsövergripande möten för uppdaterad information och handlingsplaner.

#### **Läkemedelsförsörjning**

Läkemedelshantering följs upp genom systemen Melior, Raindance och ApoEx. För att minimera felaktigheter i ordination håller farmaceuterna utbildningar i läkemedelsmodulen och Pascal (öppenvårdsdos). För att minimera förväxlingsrisker i hantering/lagerhållning arbetar farmaceuterna för att optimera lager, kontrollera hållbarheter och utforma rutiner. Uppföljning görs enligt den regionala läkemedelsrutinen och med stöd av denna har inventering av läkemedelsförråden genomförts.

Förvaltningens riskanalys och riskhanteringsplan kompletteras av GSF-interna kontroll 2023.

## Risker som konstateras

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

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
1	<b>SDV – parallella journalsystem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsäkerhet – bristande tillgång till journal-System</li> <li>• Otillräcklig utbildning av alla medarbetare</li> <li>• Driftsstörning system</li> <li>• Journaldokumentation inte tillgänglig.</li> <li>• Ökade kostnader</li> <li>• Ökad administrativ börda</li> <li>• Försämrade arbetsmiljö</li> </ul>	<b>Påtaglig risk</b>	Utrullning SDV för Helsingborgs lasarett höst 2026 Projektgrupp SDV nordväst har tillsatts samt utrullningsledare på respektive VO. Samexistens mellan olika journalsystem kommer att behövas under ett antal år. Uppföljning kommer anpassas efter SDV-projektets utveckling.
2	<b>NSH - Nya sjukhuset Helsingborg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• För få vårdplatser</li> <li>• Bristande flexibilitet för vårdlokaler</li> <li>• Kortsiktighet - hur planera 40 år framåt</li> <li>• Avsaknad fokus på framtidens hälso- och sjukvård /utveckling</li> </ul>	<b>Låg risk</b>	Långsiktigt arbete/ för närvarande låg risk. Hanteras genom programkontoret. Delaktighet från förvaltningen i planeringsarbetet kring NSH.
3	<b>Ekonomi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risk att man inte involverar medarbetarna i besparingar och i hushållsekonomiskt tänk.</li> <li>• Risk för vite</li> <li>• Risk för "kortsiktiga" besparingar med liten effekt.</li> </ul>	<b>Mycket hög risk</b>	Ökad medvetenhet på alla nivåer om behov av ekonomisk restriktivitet. Effektivare vårdplatsplanering för att minska risk för vite Relevanta besparingsåtgärder.

### 3 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 förvaltningens interna kontrollprocesser.

	Risk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskbeskrivning</li> </ul>	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	<b>Förtroende för vården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bristande förtroende för sjukvården</li> <li>Bristande kommunikation med patienter/anhöriga</li> <li>Bristande patient- och anhörigmedverkan</li> <li>Tar ej tillvara erfarenheter från patienter/anhöriga</li> </ul>	<b>Påtaglig risk</b>	<p>Pågående projekt med med inriktning patientinvolvering.</p> <p>Digitaliseringsplan – bättre förutsättningar för patienten att komma i kontakt med vården.</p> <p>Klagomålshantering – patienterna har dialog direkt med verksamheterna.</p> <p>Patientutbildningscentrum (PUC) -Ökad kunskap för patienterna.</p> <p>Risk och händelseanalyser - patient och ahöriga ombeds att delta med synpunkter och förbättringsförslag.</p>	Löpande uppföljning i kvalitetsystem som Qlikview och nationella patientenkäten.
2	<b>Registrerad övertid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för felaktiga siffror i underlagen</li> <li>Risk att personalen arbetar för mycket övertid</li> <li>Risk för oregistrerad övertid</li> <li>Risk för att det finns för dålig kunskap om registrering i "HR fönster".</li> <li>Saknas kompetens hos chefer för rätt schemaläggning</li> </ul>	<b>Påtaglig risk</b>	<p>Utvecklingsarbete för bättre schemaläggning Myrna Palmgren.</p> <p>Utbildning för chefer.</p> <p>Minskad övertidskostnad ingår i handlingsplanen för att reducera kostnaden till 2019 års nivå.</p>	Löpande uppföljning ner på enhetsnivå.

	Risk	• Riskbeskrivning	Risken i vå	Riskhantering	Uppföljning
3	<b>Hyrstopp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otillräcklig rekrytering</li> <li>• Tillgång till läkare påverkas negativt</li> <li>• Tillgång till sjuksköterskor (ssk) påverkas negativt</li> <li>• Vårdplatsbrist</li> <li>• Försämrad tillgänglighet till vård</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	<p>Aktivt arbete för att attrahera och behålla anställda.</p> <p>Ny ssk-tjänst (trygg inroduktion).</p> <p>Aktivt arbete med tillgänglighet genom tillgänglighetskorrantorerna.</p> <p>Aktivt arbete med primärvård för att minska inflödet till akutmottagningen.</p>	Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter, i samband med sjukhusstyrelsens möten samt vid delårs- och årsrapporter.
4	<b>Attraktiv arbetsgivare - arbetsmiljö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbetare slutar/ kompetensbrist</li> <li>• Sjukskrivningar</li> <li>• Ej konkurrenskraftiga löner i relation till tex PV, privata verksamheter och kommunal verksamhet</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	<p>Aktivt arbete för att attrahera och behålla anställda.</p> <p>Ny ssk-tjänst (trygg inroduktion).</p> <p>Kliniskt träningscentrum (KTC) -sjukhusgemensam utbildningsplan.</p> <p>Kompetensförsöjningsplan.</p> <p>Utveckling av "Kompetens och tjänstemodellen".</p>	Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter, i samband med sjukhusstyrelsens möten samt vid delårs- och årsrapporter.
5	<b>Patientsäkerhet – samverkan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Försämrad samverkan med PV/kommun</li> <li>• Patienter kan inte skrivas ut</li> <li>• Återinläggningar</li> </ul>	<b>Påtaglig risk</b>	<p>Samverkan genom delregionalt samverkansorgan.</p> <p>Personcentrerat arbetssätt utvecklas i samarbete med PV och kommun.</p>	Uppföljning av mål om återinläggningar och utskrivningsklara patienter i slutenvård.

## 4 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	<b>Kostnadsutveckling</b> Inflation/räntor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökad personalkostnad (ökat OB tillägg samt nytt a om dygnsvila)</li> <li>Den nya hyresmodellen medför ökade kostnader (hyran i nyrenoverade lokaler ökar med 300%)</li> <li>Ökade interna kostnader (IT/MT, Regionservice, Medicinsk service och Regionfastigheter)</li> <li>Ökad kostnad för material och utrustning</li> <li>Bruttokostnadsutvecklingen ökar mer än budgetens uppräknings.</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	<p>Beslut regionalt att minska lokala potter bygg och investeringar 2024.</p> <p>Dialog med koncernkontoret och skåneinternas förvaltningar kring kraftigt ökade interna kostnader, överenskommelse om lägre uppräknings i budget.</p> <p>Tre projekt "Kloka kliniska val" – läkemedel, laboriemedicin och användning av sjukvårdsartiklar och förbrukningsmaterial har startats. Syftet med "Kloka kliniska val" är att säkra en förbättrad hälso och sjukvård och minimera åtgärder som inte ger direkt patientnytta och samtidigt använda befintliga resurser på bästa sätt.</p> <p>Översyn av lokaler pågår.</p>	Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter och enheter, i samband med sjukhusstyrelsens möten samt vid delårs- och årsrapporter.
	<b>Kvalitet i vården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för att patientens upplevelse av vården inte motsvarar förväntningarna. Bristande kvalitetsupplevelse</li> <li>Försämrade förutsättningar för patienters medverkan och personcentrerad vård.</li> <li>Risk för vårdskador ökar i samband med överbeläggning</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	<p>Analyser av Nationella patientenkäten.</p> <p>Hantering och återkoppling av klagomål.</p> <p>Hantering av avvikelser.</p> <p>Pågående projekt med inriktning patientinvolvering.</p> <p>Digitaliseringsplan – bättre förutsättningar för patienten att komma i kontakt med vården.</p> <p>Klagomålshantering – patienterna har dialog direkt med verksamheterna.</p> <p>Patientutbildningscentrum – för ökad kunskap hos pat/anh</p> <p>Risk och händelseanalyser - patient och ahörig ombuds att delta med synpunkter och förbättringsförslag.</p>	Uppföljningar genom patientnämnden samt i samband med årsrapporter. Internt arbete med styrmodell enligt X-matris.

## 5. 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	<b>Ekonomi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för att tidigare års underskott inte kan hanteras genom handlingsplaner</li> <li>Risk för att bedömt underskott inte i tillräckligt hög grad kan hanteras genom handlingsplaner</li> </ul>	<b>Mycket hög risk</b>	<p>Kostnadsreducerande åtgärder/handlingsplaner</p> <p>Tre projekt "Kloka kliniska val" – läkemedel, laboriemedicin och användning av sjukvårdsartiklar och förbrukningsmaterial har startats.</p> <p>Ökad medvetenhet på alla nivåer om behov av ekonomisk restriktivitet.</p>	<p>Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter samt i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden samt delårs- och årskontroller.</p> <p>Kloka kliniska val - uppföljning sjukhuschef och ekonomichef.</p>
2	<b>Ekonomi vårdval</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för att vårdvalen inte klarar sina resultatkrav pga. bemanningsbrist</li> <li>Selektion av patienter med hög vårdtyngd samt utbildningsuppdraget försvårar ekonomi i balans.</li> </ul>	<b>Mycket hög risk</b>	<p><u>Vårdval Hud</u></p> <p>Renovering av lokaler i Ängelholm kan medföra att det blir lättare att rekrytera.</p> <p>Ny mottagningsmetod med snabbmottagningar (födelsemärken/hudtumörer) ger ökad intäkt.</p> <p><u>Vårdval Ögon</u></p> <p>Produktionsplanering för ökad effektivitet och produktion.</p>	<p>Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter samt i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden samt</p>

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för minskat antal katarakter när Capio öppnat verksamhet i Helsingborg</li> </ul>			delårs- och årskontroller.
3	<b>Incitamentsmodellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk att inte nå upp till budgetnivåerna i incitamentsmodellen</li> </ul>	<b>Mycket hög risk</b>	Aktivt arbete med produktionsplanering för att öka antalet operationer i incitamentsmodellen.	Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter samt i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden samt delårs- och årskontroller.
4	<b>Tillgänglighet till slutenvård</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för att patienten inte får slutenvårdsplats på rätt avdelning</li> <li>Risk för överbeläggningar</li> <li>Risk för korridorplatser</li> <li>Risk för vite</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	Aktivt arbete med ronder, konsolidering av avdelningar och arbete med utskrivningar för att optimera flöden. Samverkan med kommuner för utskrivningsklara patienter. Samverkan med PV, specialistkonsult för att minska inläggningar.	Vårdplatsituation och beläggning på akuten och vård-avdelningar följs dagligen i verktyget bedlog.
5	<b>Tillgänglighet till besök och behandling.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för att nybesök inom 90 dagar inte uppnås.</li> <li>Risk för ökad kostnad samordning</li> </ul>	<b>Hög risk</b>	Arbete med förbättringsprogram mottagning och operation. Aktivt arbete med att kvalitetssäkra köer, genomgång och revidering av remisser. Aktivt arbete med tillgänglighet genom tillgänglighetskoordinatorerna. Arbete pågår för att minska antalet uteblivna besök.	Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter samt i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden samt delårs- och årskontroller.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
7	Tillgänglig akutsjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risk för att patienten vårdas för lång tid på akutmottagningen</li> <li>• Risk för patientsäkerhet</li> </ul>	Mycket hög	<p>Aktivt arbete och samverkan med primärvård för att minska inflödet till akutmottagningen.</p> <p>Aktivt arbete med ronder och arbete med utskrivningar för att optimera flöden.</p> <p>Samverkan med kommuner för utskrivningsklara patienter.</p> <p>Förbättringsprojekt det akuta somatiska flödet.</p> <p>Handlingsplan för patientsäkerhet.</p> <p>Löpande uppföljning genom patientsäkerhetsenheten, med verksamheter samt genom patientsäkerhetsberättelse.</p> <p>Samverkan och samarbete för att minimera undvikbara besök vid akutmottagning.</p> <p>Förbättrad planering i SIP/SVU.</p> <p>Samverkan med PV, specialistkonsult för att minska besök.</p>	<p>Återkommande uppföljning i dialogmöten med verksamheter/enheter samt i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden samt delårs- och årskontroller.</p>