

Övergripande kontostomsida	Beskrivning av övergripande kontostomsida	Verksamhetsområde/afdelningskontostomsida	Beskrivning av risk	Konsekvens	Sannolikhet	Risikopslag	Risikopslag/effekt/beräkningsmetod	Beslut om åtgärd	Beskrivning av åtgärd	Åtkomst/metod/nygränsning	Tidpunkt för rapportering till nämnd
V1 Bättre liv och hälsa för fler	Risk finns för att målet om "Bättre liv och hälsa för fler" inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förändgäende arbete, vilket kan leda till försämrade giltande service och nöjdhetsgrad.	Utveckling av nära vård	Risk för att utveckling av nära vård och förbättringar inom sjukvården från sjukhus till hemmet inte genomförs enligt intentionerna i HS-avtalet.	4	3	12	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i nära samverkan med kommun och primärvård för att tydliggöra gränssnitt och utveckla samverkan. Arbeta i enlighet med Sus strategi för utveckling av nära vård.	Uppföljning av andelen akuta inläggningar. Uppföljning HS-avtalet.	Verksamhetsberättelse år
V1 Bättre liv och hälsa för fler	Risk finns för att målet om "Bättre liv och hälsa för fler" inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förändgäende arbete, vilket kan leda till försämrade giltande service och nöjdhetsgrad.	Förbättring för god och jämlik vård.	Risk för att Sus inte förstår möta patienters och närstående förväntningar på grund av att vårdpersonal inte tillräckligt tar tillvara på patienters erfarenheter och upplevelser. Kan leda till minskad nöjdhets och att vårdens inte är effektiv utifrån patientens behov.	3	3	9	Chefskläre	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Utveckla integration av kvalitets- och patientperspektivet i kvalitets- och utvärderingsprocesser. Utveckla ökad patientdelaktighet utifrån erfarenhet från projektet Patienterna.	Uppföljning national patientenkät och kvalitetsenkäter. Vid totalt 39 enheter på SUS sker ett avrop från nationella patientenkät, NPE. Ett måndagsrapportering patientupplevelse vid namn Touchpoint genererar en måndagsrapport till den aktuella enheten. Detta uppgift kommer under 2021 med stor sannolikhet att göras regional, möjligen i ett annat system.	Verksamhetsberättelse år
V1 Bättre liv och hälsa för fler	Risk finns för att målet om "Bättre liv och hälsa för fler" inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förändgäende arbete, vilket kan leda till försämrade giltande service och nöjdhetsgrad.	Informationshantering	Risk för informationstjuflar och osäkerheter att tillgängliga medborgarnas rättsigheter till mön i verksamheten på grund av bristande informationshantering. Kan leda till problematik kring utsläppning och förslutning konsekvenser för framtida forskning, patientsäkerhetsrisker samt inflyttade arbetssätt.	3	3	9	Stabschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Ta fram en processorienterad informationsbehandling i utbildning offentlighet- och sekretess, databeskydd och informationskärhet.	Kontroll av att obligatoriska utbildningar genomförs. Detta i arbetet med informationskärning.	Verksamhetsberättelse år
V1 Bättre liv och hälsa för fler	Risk finns för att målet om "Bättre liv och hälsa för fler" inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förändgäende arbete, vilket kan leda till försämrade giltande service och nöjdhetsgrad.	Informations säkerhet/databeskydd	Risk för kränkning av medborgarnas integritet samt förskjut av information på grund av brister vid hanteringen av information och personuppgifter. Kan leda till försvårat förbättra från medborgare och ekonomiska förskjut.	3	3	9	Stabschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Se till att samtliga medarbetare genomgår utbildningar Säker informationshantering. Tydliggöra informationskärhets- och databeskyddsinstruktioner inom förvaltningen.	Uppföljning av att utbildningar genomförs.	Verksamhetsberättelse år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursumfördelning, vilket kan leda till försämrad service och medborgarensuppfattning.	Tillgänglighet	Risk för bristande tillgänglighet på grund av brist på vårdställen, vilket kan leda till låg servicenivå, överbeläggningar och ökade patientsäkerhetsrisker.	4	4	16	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet med beslutade riktlinjer	Uppföljning av tillgänglighet.	Verksamhetsberättelse data/år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	BNM/NM?	Hantering av Covid-19	Risk för ökad personalomfattning och osäkerheter med rekrytering på grund av utbrottet och öns. Kan leda till låg servicenivå, överbeläggningar, ökade patientsäkerhetsrisker.	4	3	12	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet med beslutade riktlinjer och åtgärdsplaner.	Uppföljning av personalstatistik.	Verksamhetsberättelse data/år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursumfördelning, vilket kan leda till försämrad service och medborgarensuppfattning.	Hantering av Covid-19	Risk för bristande tillgänglighet på grund av underanläggningseffektivitet. Kan leda till låg servicenivå, överbeläggningar, ökade patientsäkerhetsrisker.	4	4	16	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet med beslutade riktlinjer och åtgärdsplaner. Deltaga i regelbundet och förvaltningsövergripande arbete med produktionsplanering och produktionsstyrning.	Uppföljning av tillgänglighet.	Verksamhetsberättelse data/år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursumfördelning, vilket kan leda till försämrad service och medborgarensuppfattning.	Patientssäkerhet	Risk för att antalet vårdställen ökar på grund av bristande strukturer, rutiner eller kompetens. Detta kan leda till ökat skade för patienter.	4	3	12	Chefskläre	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Fortsatt utveckling av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOFS 2011:9. Koppling av nätverk och styrning för patientsäkerhet till ledningssystem. Tjänstområdes kvalitetsprojekt.	Uppföljning av vth. Uppföljning av övriga regionala indikatorer för Säker vård.	Verksamhetsberättelse data/år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursumfördelning, vilket kan leda till försämrad service och medborgarensuppfattning.	Nationell och regional infrastruktur	Risk för att patienter för förlängda väntetider på grund av bristande samverkan och förseningar i arbetet med infrastruktur. Detta kan leda till minskad kostnadseffektivitet och försämrad service.	4	3	12	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Samverkan med regionala och nationella aktörer. Process för prioritering av vilka behov uppgång som ska lösas.	Uppföljning av tillgänglighet/väntetider. Uppföljning av uppgång som tillåts lösas.	Verksamhetsberättelse år
V2 Tillgänglighet och kvalitet	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursumfördelning, vilket kan leda till försämrad service och medborgarensuppfattning.	SDV generellt	Risk för osäkerhet ledar nytt system/ handhavandefel, resurbrister samt att systembrister/verksamhetsavrop i digitaldata, vilket i sin tur leder till oförligbarhet i patientjournaler och förbättringsarbete. Detta kan leda till ökad risk för låg servicenivå, minskad tillgänglighet, ökad arbetsbelastning för medarbetare och ökade patientsäkerhetsrisker.	4	3	12	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta aktivt med dataöppnhet för implementering.	Delta i arbete med att identifiera, analysera och hantera de förändringar behöver ska i verksamheten som en konsekvens av SDV. Organisera och resursutvärdering projekt. Uppföljning av kontrollpunkter.	Måndagsrapport/Verksamhetsberättelse data/år
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om "Långsiktigt stark ekonomi" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	SDV ekonomi	Risk för att Sus inte kommer att kunna genomföra faktivering för utförd vård på grund av brister i systemet. Detta kan leda till försämrad ekonomi.	3	3	9	Sjukhuschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Särskild gemensam besökning från Sus förvaltning, koncernkonstern och SDV-projekt.	Löpande uppföljning av Sus ekonomifelt tillsammans med ekonomidirektör och representanter från SDV-projektet för att säkerställa att nödvändiga resurser och kompetenser finns för att lösa fakturerings problem från systemet eller utanför. Någon även ett arbete inom utvärderingsgruppen för att se över faktureringsmodellen.	Måndagsrapport/Verksamhetsberättelse data/år
V5 Hållbar utveckling i hela Skåne	Risk finns för att målet om "Hållbar utveckling i hela Skåne" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Digitalisering	Risk för att Sus inte klarar av att leda upp till medborgarnas förväntningar på tillgänglighet via digitala tjänster på grund av brister i ansvar och mandat i organisations olika delar. Detta kan leda till osäkerhet i möjlighet att effektivisera arbetssätt, till att resurser inte används optimalt och till ett minskat förbättra för sjukvården.	3	3	9	Programchef digitalisering	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta med strategi för IT och digitalisering, arbete med metoder och erfarenhetsutbytte. Förtydliga kravställning på utveckling av digitala tjänster.	Följ upp antalet enheter anslutna till 1177. Måta andelen digitalt beslutade besök och där möjlighet finns även mäta nyttjandegraden.	Verksamhetsberättelse data/år
V5 Hållbar utveckling i hela Skåne	Risk finns för att målet om "Hållbar utveckling i hela Skåne" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Mjö	Risk för att möjligheten inte nås, vilket kan leda till ökade kostnader och samma utveckling för Skåne och dess invånare.	3	3	9	Ekonomischef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet med beslutade strategier som ska bidra till att målen uppfylls.	Uppföljning av tender och måttal som framgår i strateginerna	Verksamhetsberättelse data/år
V5 Hållbar utveckling i hela Skåne	Risk finns för att målet om "Hållbar utveckling i hela Skåne" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Forskning	Risk för försenat eller minskad forskning och att Sus risk som forsknings- och utbildningsaktivitet försvåras på grund av att flera på resurser för forskning, utbildning och kompetensutveckling inte kan tillgripas. Detta kan leda till att förbättrade resultat för patienterna uteblir, och att resursumfördelning inte optimeras.	3	3	9	Forskningschef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta enligt strukturerad process för tillstånd att starta eller återstarta kliniska studier inom Sus och regionalt. Samverka med universitet och högskolor.	Löpande uppföljning	Verksamhetsberättelse data/år
V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Risk finns för att målet om "Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet" inte uppnås på grund av osäkerheter med kompetensförsörjning och bemanningsförlägg, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande målsättningarna.	Kompetensförsörjning	Risk för att Sus inte kan bygga rekryteringsprocess på kort och lång sikt vilket leder till sämre förutsättningar för sjukhuset att tillgodse krav på tillgänglighet och kvalitet i vård.	4	4	16	Hll chef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet med kompetensförsörjningsplan Effektiviserings i rekryteringsprocessen Checking Core curriculum Klinisk baser	Uppföljning av personaldata utifrån medarbetarskapet	Verksamhetsberättelse data/år
V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Risk finns för att målet om "Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet" inte uppnås på grund av osäkerheter med kompetensförsörjning och bemanningsförlägg, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande målsättningarna.	Arbetsmiljö	Risk för att Sus inte kan upprätthålla en god arbetsmiljö, vilket kan leda till ett högre sjukfrånvaro, sämre flexibilitet och att rekrytera nya medarbetare och behålla medarbetare som redan arbetar i organisationen.	4	4	16	Hll chef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Hälsoutvärdering Hälsoenkätning schematigering Hälsoenkätning från Surt arbetar Kom tillbaka projekt	Uppföljning av personaldata utifrån medarbetarskapet Uppföljning engagemang Uppföljning SAM	Verksamhetsberättelse data/år
V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	Risk finns för att målet om "Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet" inte uppnås på grund av osäkerheter med kompetensförsörjning och bemanningsförlägg, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande målsättningarna.	Bemanningsförlägg	Risk för ett ökat beroende av bemanningsföretag på grund av osäkerheter med kompetensförsörjningen som kan leda till ökade kostnader, minskad kvalitet i vård och sämre arbetsmiljö.	3	3	9	Ekonomischef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Utveckling av Sus interna resursum.	Uppföljning personaldata utifrån medarbetarskapet	Verksamhetsberättelse data/år
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om "Långsiktigt stark ekonomi" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Prioriteringar	Risk för fördröjningar på grund av att Sus strategi för systematiskt och transparent prioritering inte är klar. Detta kan leda till felaktig resursumfördelning.	3	3	9	Chefskläre	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i enlighet Q20-T22 med Sus strategi för systematiskt och transparent prioritering Förtydliga rutiner och beslut vid nya/ändrade behov och vid nya drökter.	Uppföljning av följnämnet till beslut	Verksamhetsberättelse år
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om "Långsiktigt stark ekonomi" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Lokalförvaltning	Risk för kostnadsökningar för kommande och pågående investeringar på grund av brister i underlag och uppföljning, vilket kan leda till försvagad ekonomi och felaktig resursumfördelning.	3	3	9	Ekonomischef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Alla beslut som gäller investeringar och kostnadsökningar ska innehålla risker och konsekvenser.	Uppföljning av beslut. Skedprov.	Verksamhetsberättelse år
V5 Långsiktigt stark ekonomi	Risk finns för att målet om "Långsiktigt stark ekonomi" inte uppnås på grund av osäkerheter med att anses kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höga skatter och vägar alternativt kvalitetsförändringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	Läkemedel och medicinsk teknisk utveckling	Risk för kostnadsökningar för nya läkemedel och ny medicinsk teknisk utveckling som inte finns i budget, vilket kan leda till ökade vård och försämrad arbetsmiljö.	3	4	12	Ekonomischef	Ja, åtgärd/kontroll/ internkontrollplan	Arbeta i nära samverkan med regionen. Säkerställa att samtliga nya införande sker i enlighet med rutiner och riktlinjer. Särskild besökning SDV ekonomi	Uppföljning av införande av nya läkemedel och ny medicinsk teknisk utveckling	Verksamhetsberättelse år
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1/0/1900
A1 Effektivitet av regelverk för god ekonomisk förvaltning	Risk finns för att målet om "Effektivitet av regelverk för god ekonomisk förvaltning" inte uppnås på grund av osäkerheter med att riktiga viktiga strategiska projekt/verksamheter och ändrade arbetssätt, vilket kan leda till ökade ekonomiska som förbättra ekonomiska skador	Konstap om och följnämnet till lagar och regelverk inom området redovisning (se KL, LKBR, ML)	Risk att kunskap om och följnämnet till lagar och regelverk för redovisning är oförligbar, vilket kan leda till ekonomiska skador och förbättra ekonomiska skador	3	2	6	Ekonomischef	Naj, befärliga åtgärder och kontroller bedöms tillräckliga	0	0	1/0/1900

[illegible]

[illegible]

Matris risk- och väsentlighetsbedömning

KONSEKVENS	4 Allvarlig - är så stor att fel inte får inträffa	4	8	12	16	13-16: Direkt åtgärd krävs!	Minimera riskerna
	3 Kännbar - uppfattas som besvärande för intressenter/ Region Skåne	3	6	9	12	9-12: Reducera riskerna!	Åtgärda
	2 Lindrig - uppfattas som liten av intressenter och/eller Region Skåne	2	4	6	8	4-8: Håll under uppsikt!	Uppmärksamhet krävs
	1 Försumbar - är obetydlig för intressenter och/eller Region Skåne	1	2	3	4	1-3: Inget agerande krävs!	Vi accepterar riskerna
	Konsekvens / Sannolikhet	1 Osannolik - risken är praktiskt taget obefintlig för att fel ska uppstå	2 Mindre sannolik - risken är mycket liten för att fel ska uppstå	3 Möjlig - det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå	4 Sannolik - det är mycket troligt att fel ska uppstå		
SANNOLIKHET							

Rapportering

Större avvikelse
Avvikelse
Mindre avvikelse
Obetydlig avvikelse
Uppgift saknas

Vad är en risk? Vad är ett riskvärde?

En risk är en oönskad händelse som, om den inträffar, kan hindra att mål nås och att strategier genomförs.

Ett riskvärde är sannolikheten för att den oönskade händelsen inträffar, i kombination med konsekvenserna av denna händelse.

Risikanalysen svarar på tre frågor:

- ✓Vad kan hända?
- ✓Hur troligt är det?
- ✓Vad blir konsekvensen?

Risikanalysen läggs upp i olika steg:

- ☐ Identifiera risker utifrån de övergripande målen och de rutinorienterade kontrollområdena. Till varje risk ska finnas en riskägare.
- ☐ Beskriva risker – vad beror de på och vilka konsekvenser kan de få? Riskformulering ska ske enligt denna mall: Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...
- ☐ Värdera sannolikheten att risken inträffar och hur allvarliga konsekvenserna skulle bli.
- ☐ Räkna ut riskvärde för att kunna prioritera de viktigaste riskerna.
- ☐ För varje risk ska beslut om åtgärd fattas (Ja/Nej). Beslutet kan innebära nedanstående:
 - Ja, åtgärd/kontroll i internkontrollplan
 - Nej, risken accepteras
 - Nej, befintliga åtgärder och kontroller bedöms tillräckliga
- ☐ I samband med uppföljning i DR och AR ska uppdaterade och eventuella tillkommande riskbedömningar rapporteras.

Riskkarta		REGION SKÅNE			
K O N S E K V E N S	4 Allvarlig				
	3 Kännbar				
	2 Lindrig				
	1 Försumbar				
		1 Osannolik	2 Mindre sannolik	3 Möjlig	4 Sannolik
SANNOLIKHET					

Riskkarta - hur riskerna förhåller sig till varandra och bör prioriteras

Resultatet av inventeringen kan illustreras i en riskkarta som blir ett hjälpmedel för att kunna prioritera identifierade riskområden. Riskkartan är ett överskådligt dokument för uppföljningen och bör uppdateras regelbundet. Riskkartan underlättar därmed besluten om hur riskerna ska bemötas med olika riskstrategier (undvika, reducera, minimera, acceptera) samt ökar organisationens förmåga att kunna satsa rätt resurser på rätt område.

V1 Bättre liv och hälsa för fler

V2 Tillgänglighet och kvalitet

V3 Hållbar utveckling i Skåne

V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet

V5 Långsiktigt stark ekonomi

A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning

A2 Upphandling och inköp

A3 Kompetensförsörjning och bisysslor

A4 Verktällighet beslut

2021 Ra

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

2021 Ut

Nämr
interr
färgir

Kontrollmiljö

Riskbedömning

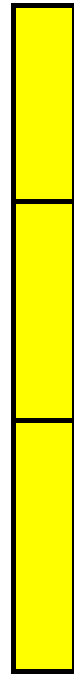
Uppföljning/utvärdering
Info/Kommunikation
Kontrollaktiviteter

		P
Nämnd/Styrelse REGION SKÅNE		
Bedömningarna på färgskalan kan ses som en ny riskbedömning av kontrollområdena med beaktande av det interna kontrollarbete som har skett under året. Avvikelse i termer av diskrepans mot antingen övergripande mål (verksamhetsmässiga kontrollområden) eller ändamålsenlig hantering (rutinorienterade kontrollområden) illustreras av de olika färgerna.		
Bättre liv och hälsa för fler Tillgänglighet och kvalitet Hållbar utveckling i hela Skåne Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet Långsiktigt stark ekonomi		10 13 9 14 10
Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning Upphandling och inköp Kompetensförsörjning och bisysslor Verkställighet beslut		6 9 6 8
värdering av internkontrollarbetet		P
nds/styrelses rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den na kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive område/fråga ska ndikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.		
Ansvar och befogenheter tydliggjorda - Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden regler och anvisningar för den interna kontrollen?		
Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras - Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut?		

Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys - Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?

Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen - Hur hanteras information/kommunikation inom organisationen och hur sker återrapportering på olika nivåer?

Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen - Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?



DR

För rapportering i enlighet med RS uppsiktsplikt ska en samlad riskbedömning göras för det obligatoriska kontrollområdet.



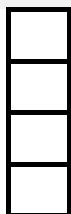
Uppgift saknas

13-16: Direkt åtgärd krävs - minimera

9-12: Reducera riskerna - åtgärda

4-8: Håll under uppsikt - uppmärksamma

1-3: Inget agerande krävs - acceptera



DR

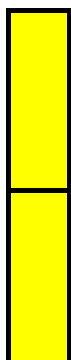
Uppgift saknas

Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll

Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll

Förbättringsområden finns

Tillfredsställande



ÅR



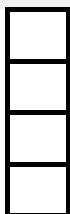
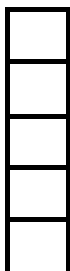
Uppgift saknas

Större avvikelse

Avvikelse

Mindre avvikelse

Obetydlig avvikelse



ÅR

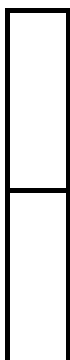
Uppgift saknas

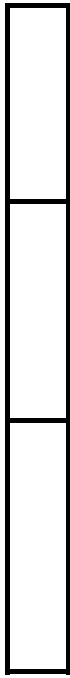
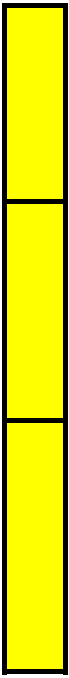
Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll

Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll

Förbättringsområden finns

Tillfredsställande





I fliken "summeringar" i denna mall finns pivottabeller. Om ni högerklickar på dessa och uppdaterar dem, räknas medelvärdet av alla riskvärden fram inom respektive övergripande kontrollområde. Medelvärdet kan ses som ett förslag till sammantaget riskvärde för områdena.

Kommentar

Sjukhusstyrelse Sus följer årligen upp samtliga fyra delområden, i samband med Sus verksamhetsberättelse helår 2021.
Sjukhusstyrelse Sus har sex delområden kopplat till tillgänglighet och kvalitet, varav ett enbart följs upp årligen och resterande fem följs upp både i delårsberättelsen och verksamhetsberättelse helår 2021. Dessa fem delområden har följts upp, riskerna som bedömdes vid årets början kvarstår
Sjukhusstyrelse Sus har följt upp samtliga tre delområden. Riskerna som bedömdes vid årets början kvarstår på samma nivå.
Sjukhusstyrelse Sus har följt upp samtliga tre delområden. Riskerna som bedömdes vid årets början kvarstår på samma nivå.
Sjukhusstyrelse Sus har fyra delområden kopplat till långiktigt stark ekonomi, varav tre enbart följs upp årligen och resterande följs upp både i månadsrapporter, delårsberättelsen och Sus verksamhetsberättelse helår 2021. Detta delområde har följts upp, risken som bedömdes vid årets
Följs upp årligen, i samband med Sus verksamhetsberättelse för helåret 2021.
Följs upp årligen, i samband med Sus verksamhetsberättelse för helåret 2021.
Följs upp årligen, i samband med Sus verksamhetsberättelse för helåret 2021.
Följs upp årligen, i samband med Sus verksamhetsberättelse för helåret 2021.

Kommentar

Sjukhusstyrelse Sus arbetar enligt reglementet för intern kontroll och de regionala anvisningarna. Styrelsen har under 2021 inte antagit egna anvisningar och rutiner utöver de regiongemensamma, men plan finns på att ta fram sådana framöver, i samband med översyn av styrelsens arbete med processen för intern kontroll. Arbetet med intern kontroll har diskuterats och utvärderats på styrelsemöte i mars i samband med antagande av intern kontrollplan och nu i samband med uppföljning inom ramen för delårsberättelsen. Vidare kommer workshopar genomföras med förvaltningsledningen och med styrelsen i under hösten när ny intern kontrollplan ska framarbetas. Ytterligare en uppföljning av det interna kontrollarbetet kommer att genomföras i samband med verksamhetsberättelsen för helåret 2021. På tjänstenivå pågår arbetet med riskanalyser på alla nivåer i organisationen
Ledningen arbetar inom olika avdelningar för att identifiera risker i verksamheterna. Workshopar med förvaltningsledningen och styrelsen kommer att genomföras i under hösten i samband med framtagande av intern kontrollplan för 2022. Under workshoparna är fokus på att identifiera utmaningar och risker. Resultatet användes som bidrag till riskanalysen. Dessutom utgår riskanalysen ifrån tidigare års interna kontrollplan och diskussioner i ledningsgruppen på sjukhuset. Motsvarande workshopar genomfördes under hösten 2020 och bidrog till utformandet av den interna kontrollplan som nu följs upp.

De risker och utmaningar med högst riskvärden och där uppfyllelse av styrelsens mål kan äventyras prioriteras i den interna kontrollplanen och formuleras som kontrollaktiviteter/kontrollområden. Uppföljning av intern kontroll sker i samband med verksamhetsberättelse per delår och helår. Uppföljning av somliga mål sker mer frekvent. Måluppfyllelse redovisas för styrelsen enligt regionala anvisningar för månadsuppföljning 2021. Som en följd av bristande måluppfyllelse fattar nämnden, som en del i den interna kontrollen, beslut i syfte att förbättra måluppfyllelsen.

Information om beslutad verksamhetsplan, budget och intern kontrollplan sker i linjeorganisationen, samt med fackliga representanter via samverkansdialoger. Informationsinsatser kring intern kontroll planeras även till Sus nätverk med verksamhetsutvecklare under hösten samt vid översyn av Sus process för intern kontroll framgent.

I samband med delårsuppföljningen har Sus inte identifierat några akuta direktåtgärder som särskilt måste omhändertas, utan arbetet med de risker som har högst riskvärden fortgår medvetet och oavbrutet. I den händelse att måluppfyllelse brister fattar styrelsen, som en del i den interna kontrollen, beslut i syfte att förbättra måluppfyllelsen.

V1 Bättre liv och hälsa för fler
V2 Tillgänglighet och kvalitet
V3 Hållbar utveckling i hela Skåne
V4 Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet
V5 Långsiktigt stark ekonomi
A1 Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning
A2 Upphandling och inköp
A3 Kompetensförsörjning och bisysslor
A4 Verkställighet beslut

Obetydlig avvikelse
Mindre avvikelse
Avvikelse
Större avvikelse

Verksamhet
Administrativ

Risk finns för att målet om **"Bättre liv och hälsa för fler"** inte uppr
Risk finns för att målet om **"Tillgänglighet och kvalitet"** inte uppn
Risk finns för att målet om **"Hållbar utveckling i hela Skåne"** inte
Risk finns för att målet om **"Attraktiv arbetsgivare, professionell**
Risk finns för att målet om **"Långsiktigt stark ekonomi"** inte uppn
Risk finns för att målet om **"Efterlevnad av regelverk för god eko**
Risk finns för att målet om **"Upphandling och inköp"** inte uppnås
Risk finns för att målet om **"Kompetensförsörjning och bisysslor**
Risk finns för att målet om **"Verkställighet av beslut"** inte uppnås

V1

V2

V3

V4

V5

A1

A2

A3

A4

Medelvärde Plan

Radetiketter	Medel av Riskpoäng
A1	6
A2	9
A3	6
A4	7
V1	10
V2	13
V3	9
V4	14
V5	10
Totalsumma	10

Medelvärde DR

Radetiketter	Medel av Riskpoäng2
Totalsumma	