

Matris risk- och väsentlighetsbedömning

KONSEKVENSN	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
- ☐ 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

Riskbedömning Kontrollmiljö

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 Skåne	
Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet	
Långsiktigt stark ekonomi	
Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning	
Upphandling och inköp	
Kompetensförsörjning och bisysslor	
Verkställighet beslut	
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

ÅR

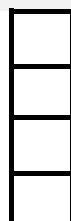
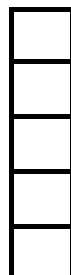
Uppgift saknas

Större avvikelse

Avvikelse

Mindre avvikelse

Obetydlig avvikelse

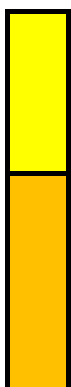
**DR**

Uppgift saknas

Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att
uppnå en tillräcklig intern kontrollÅtgärder behöver vidtas för att uppnå en
tillräcklig intern kontroll

Förbättringsområden finns

Tillfredsställande

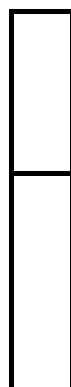
**ÅR**

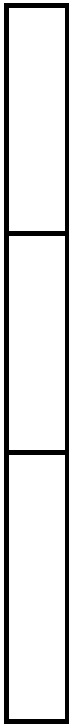
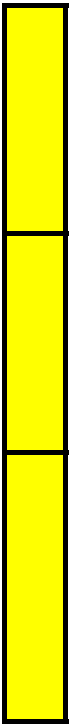
Uppgift saknas

Omedelbara åtgärder behöver
vidtas för att uppnå en tillräcklig
intern kontrollÅtgärder 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 Trelleborg har följt upp båda delområden i delårsberättelsen. Riskerna bedöms totalt sett kvarligga på liknande nivå som som vid planframtagande.
Sjukhusstyrelse Trelleborg har följt upp fem av totalt sju delområden i delårsberättelsen. Som helhet bedöms risknivån ha stigit, vilket främst relaterar ökad riskvärdering kopplat till rekryteringsproblematik samt förseningar i inköpsprocessen.
Sjukhusstyrelse Trelleborg har i delårsberättelsen följt upp två av tre delområden. Den totala riskbedömningen bedöms kvarligga på samma nivå, även om konkret risk kopplat till SDV bedömts ha sjunkit något.
Sjukhusstyrelse Trelleborg har följt upp samtliga delområden i delårsberättelsen. Den samlade riskbedömningen bedöms kvarligga på samma nivå som vid planframtagandet, även om risk kopplat till bemanning bedöms ha stigit.
Sjukhusstyrelse Trelleborg har följt upp samtliga delområden i delårsberättelsen. Den samlade riskbedömningen bedöms kvarligga på samma nivå som vid planframtagandet.

Tre delområden har följts upp i delårsberättelsen. Den totala riskbedömningen bedöms ha sjunkit, främst till följd av ny bedömning av följsamhet gällande rutiner för investeringsredovisning.

Båda delområden har följts upp inom ramen för delårsberättelsen. Den totala riskbedömningen bedöms kvarligga på samma nivå.

Risk kopplat till bisysslor har följts upp inom ramen för delårsberättelsen. Risker kopplat till kompetensförsörjning m.m. hanteras inom området för attraktiv arbetsgivare" samt i delar under "Tillgänglighet och kvalitet" (rekrytering).

Risk rörande avvikelsehantering följs upp som del av årsberättelsen. Risknivån bedöms ligga kvar på samma nivå.

Kommentar

Förbättringsområden finns.

Beslutade åtgärder och kontroller genomförs enligt plan. Den interna kontrollplanen är dock inte som helhet förankrad.; arbetet hålls samman och administreras huvudsakligen av övergripande funktioner (sjukhuschef, ekonom, controller m.fl.) . Likväl genomförs åtgärder och förbättringar i verksamheten och flera funktioner är delaktiga i uppföljningen. Den interna kontrollplanen behöver förankras ytterligare i verksamheten, vilket bland annat kan göras genom framtagande av för styrelsen specifika regler/anvisningar vari även ansvar och befogenheter kopplat till intern kontroll

Som relativt nybildad styrelse finns här tydliga förbättringsområden för att skapa en i alla delar välfungerande process.

Sjukhusledningen engageras vid riskvärdering löpande (och omvärdering). Det är dock vid framtagande av plan som processen kan och bör utvecklas ytterligare. Det är centralt att de viktigaste riskerna för verksamheterna fångas upp, kopplat till arbetet mot regionens mål, varför processen med riskidentifiering, riskprioritering, diskussion kring lämpliga kontroller/åtgärder bör utvecklas ytterligare. Detta är också ambitionen, En målsättning i arbetet är bland annat att i större omfattning fånga upp risker längre ut i verksamheten för att säkerställa att de mest centrala riskerna beaktas, men också för att möjliggöra för verksamheten att känna igen sig på ett bättre sätt i den plan och de prioriteringar som slutligen görs (dvs. efter riskvärdering). Den andra delen handlar också om att engagera sjukhusstyrelsen i arbetet, ytterligare vilket fordrar framtagande av ett bättre underlag från verksamheten genom förbättrad riskidentifieringsprocess

Förbättringsområden finns.

Beroende på typ av risk och grad av påverkbarhet kan det vara svårt att träffa rätt med lämplig kontroll/åtgärd . Även om det, kopplat till vissa risker, är svårt att påverka fullt ut, medför dock fokus på området att arbetet löpande utvärderas i förhållande till risken/målet.

Arbetet med intern kontroll har bidragit till måluppfyllelse genom att sätta fokus på centrala aspekter kopplat till måluppfyllnaden. I flera fall fokuseras detta område också i verksamhetsplanen, vilket medför ett särskilt fokus inom området. Ett sådant område rör exempelvis digitaliseringen , ökat fokus på sociala medier, . Annat exempel ur delårsuppföljning är resultatet från GSF:s granskning som påvisade avvikelser avseende fakturahanteringen, - ett resultat som kommer ligga till grund för vidare åtgärder vilket ytterst bidrar till förbättrad efterlevnad av

Återrapportering sker till nämnd minst enligt beslutad intern kontrollplan. Under året oftare än så, bland annat med uppdaterad riskvärdering/information om avvikelser. Detta skulle dock kunna formaliseras ytterligare. Information/kommunikation bedöms fungera relativt väl inom organisationen. Det har varit två mycket speciella år inom sjukvården vilket också medfört nya arbetssätt och situationer som tidigare ej upplevts, vilket också innefattar periodvis stor ansträngning för organisationen. Av denna anledning är det ganska svårt att "objektivt" bedöma informations/kommunikationskanalerna.

Avseende återrapportering är detta ett förbättringsområde, och då i synnerhet kopplat till arbete så som intern kontroll. En central del i att förankra planer m.m. är att inte enbart avkräva information utan att också återrapportera kring resultat och effekter, vilket är vad förbättringsområdet avser.

Ett flertal olika åtgärder vidtas kopplat till den interna kontrollen - se uppföljning. Detta återrapporteras till nämnd minst enligt plan. Dock kan konstateras att det i flera fall rör sig om risker på en nivå som kan vara svår att tydligt påverka. Åtgärder behöver i detta sammanhang vidtas för att få till en mer effektiv intern kontroll. Detta börjar med en förbättrad riskidentifieringsprocess vid framtagande av plan.

Som även nämnts tidigare är kontrollområdena i den interna kontrollplanen nära kopplade till verksamhetsplanen och regionens övergripande mål i övrigt. Detta medför att åtgärder/insatser som genomförs i verksamheten som följd av verksamhetsplanering flyter samman med kontrollområden som har fokus inom intern kontroll. Om vi tolkar frågan brett så kan mycket av det som återges i såväl verksamhetsplan som intern kontrollplan, handla om just intern styrning och kontroll.

Men mot bakgrund av ovan är ett konkret förbättringsområde att genomföra flera tydliga kontroller/granskningar, exempelvis genom stickprov, kopplat till tillämpliga risker. Många kontrollmoment handlar idag om att "verka för" eller liknande. I de fall ett område kontrolleras på detta sätt måste åtgärd/förbättringsåtgärd förhålla sig tydligt till det resultat som faktiskt uppnås

2021 XX

REGION SKÅNE**Nämnd/styrelse**

Kontrollområden - Region Skånes övergripande mål utgör obligatoriska kontrollområden. Samtliga obligatoriska kontrollområden ska i sin tur brytas ned i verksamhetsspecifika delområden och riskbedömas. För rapportering i enlighet med regionstyrelsens uppsiktsplikt ska även en samlad riskbedömning göras kopplad till vart och ett av de av fullmäktige angivna övergripande målen. Samlad riskbedömning ska även göras för vart och ett av de rutinorienterade kontrollområdena. För dessa finns fördefinierade regiongemensamma delområden som ska riskbedömas.

NSID

ID

Beskrivning

xx

V1**Bättre liv och hälsa för fler**

xx

V2**Tillgänglighet och kvalitet**

xx

V3**Hållbar utveckling i Skåne**

xx

V4**Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet**

xx

V5**Långsiktigt stark ekonomi**

xx

A1**Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning**

xx

A2**Upphandling och inköp**

xx

A3**Kompetensförsörjning och bisysslor**

xx

A4**Verkställighet beslut**

Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll**P**

Risk - en risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag och att detta sker på ett avsett och säkert sätt.

- För låga värden (1-3) blir färgmarkeringen GRÖN och den beräknade risknivån kan accepteras utan att åtgärder krävs.
- För medel värden (4-8) blir färgmarkeringen GUL och den beräknade risknivån innebär att det krävs en uppmärksamhet för att eventuellt vidta åtgärder.
- De höga värdena delas i två nivåer där färgmarkeringen ORANGE (9-12) innebär att den beräknade risknivån förutsätter att åtgärder vidtas för att reducera riskerna.
- Den högsta nivån ger färgmarkeringen RÖD (16) förutsätter att omedelbara åtgärder vidtas för att minimera alternativt eliminera riskerna.

Konsekvens

RiskID	Beskrivning av risk. Riskformulering ska ske enligt denna mall: <i>Risk för att...inträffar på grund av...vilket kan leda till...</i>	
	Risk finns för att målet om "Bättre liv och hälsa för fler" inte uppnås på grund av stora utmaningar rörande befolkningshälsa och förebyggande arbete, vilket kan leda till försämringar gällande service och nöjdhetsgrad.	3
	Risk finns för att målet om "Tillgänglighet och kvalitet" inte uppnås på grund av brister i effektivitet och resursutnyttjande, vilket kan leda till försämrade service och medborgaruppskattning.	4
	Risk finns för att målet om "Hållbar utveckling i Skåne" inte uppnås på grund av områdets komplexitet och förseningar i olika projekt, vilket, på flera områden, kan leda till en sämre utveckling för Skåne och dess invånare än om målet om "Hållbar utveckling i hela Region Skåne" uppnås.	3
	Risk finns för att målet om "Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet" inte uppnås på grund av svårigheter med kompetensförsörjning och bemanningsfrågor, vilket kan leda till sämre förutsättningar för organisationen att uppnå de andra övergripande fullmäktigemålen.	3
	Risk finns för att målet om "Långsiktigt stark ekonomi" inte uppnås på grund av svårigheter med att anpassa kostnaderna efter beslutade ramar, vilket kan leda till höjda skatter och avgifter alternativt kvalitetsförsämringar i de tjänster som produceras för medborgarna.	4
	Risk finns för att målet om "Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning" inte uppnås på grund av svårigheter med att hantera vissa strategiska projekt/upphandlingar och ändrade arbetssätt, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador	3
	Risk finns för att målet om "Upphandling och inköp" inte uppnås på grund av brister gällande hantering av stora komplexa upphandlingar med därtill hörande avtalsstyrning, vilket kan leda till såväl ekonomiska som förtroendemässiga skador.	4
	Risk finns för att målet om "Kompetensförsörjning och bisysslor" inte uppnås på grund av fortsatta rekryteringsproblem inom vissa yrkesgrupper och bristande följsamhet mot gällande regelverk för bisysslor, vilket kan leda till både försämrade tjänsteleverans och förtroendemässiga skador.	3
	Risk finns för att målet om "Verkställighet av beslut" inte uppnås på grund av misstag och hanteringsproblem i en stor och komplex organisation med långa styrkedjor, vilket kan leda till att fattade beslut inte blir genomförda eller fördröjs med missnöjda medborgare som följd.	4

P	P	P		
Sannolikhet	Riskpoäng	Riskvärde (färg)	Riskägare	Beslut om åtgärd
			Roll/befattning	Ja/Nej
4	12			
4	16			
3	9			
4	12			
4	16			
4	12			
4	16			
4	12			
4	16			

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 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 Skåne"** inte uppn
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 bisysslo**
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	4
A2	7
A3	1
A4	5
V1	10
V2	11
V3	12
V4	9
V5	14
Totalsumma	7

Medelvärde DR

Radetiketter	Medel av Riskpoäng2
A1	3
A2	4
A3	1
A4	2
V1	10
V2	13
V3	10
V4	10
V5	14
Totalsumma	7