

# **Intern kontroll**

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

**Sjukhusstyrelse Ängelholm**

2024-02-12

# 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.....	4
Risker som konstateras.....	8
Risker där etablerad riskhantering finns .....	10
Risker som bevakas.....	11
Risker som granskas.....	13
Risker som hanteras genom åtgärd .....	15

# 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.

## 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

	Mycket hög risk
	Hög risk
	Påtaglig risk
	Låg risk

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 punktprevalensmätning (PPM-mätning) av 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

Sjukhuset arbetar med driftsäkerhet gällande reservkraft, nödvattensförsörjning, ventilationsfrågor mm för att få sjukhuset att kunna fungera så optimalt som möjligt vid händelse av driftproblem/kris. Reservrutiner finns och dessa inkluderar information och kommunikation mellan ledningsteam/krisledning på sjukhuset och tekniska jourer. Dessa reservrutiner arbetas med att få in i kontinuitetshandlingen och krisplan på sjukhuset. Mot verksamheterna arbetas det med kontinuitetshandling (ingår i krisplan) tillsammans med motparter inom andra förvaltningar såsom Regionfastigheter.

## • IT- och informationssäkerhet

Under många års tid har sjukhuset byggt ut MVL nätet på sjukhuset 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 Regionfastigheter. Reservrutin vid IT-haveri finns och skall kopplas ihop med kontinuitetshantering.

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 och 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 eventuella leveransstörningar.

Samordning av lokalt beredskapslager med lager för kris- och katastrofsituation samt 14 dagars lagerhållning av vissa läkemedel, utrustning och material.

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.



## Risker som konstateras

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

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå SxK <sup>1</sup>	Riskhantering
1	<b>Avtal och avtalstrohet</b>	Bristande följsamhet till nyttjande av upphandlade leverantörer. Skadeståndsanspråk från berörda leverantörer.	<b>Hög 9(3x3)</b>	Översyn av inköpsprocessen och kontinuerlig information till enhetschefer. Stickprovskontroller för att säkra att avtal följs. Regional översyn av direktupphandling med sjukhusets involvering. Regional strategisk styrgrupp volymprodukter/MT har startat för att underlätta arbetet med regionala upphandlingar
2	<b>GDPR</b>	Personkänslig information på fakturor saknar sekretesskydd.	<b>Påtaglig 6(2x3)</b>	Följsamhet till rutin av sekretesshantering av fakturor genom utbildning av chefer.
4	<b>Bisysslor</b>	Anställda i konkurrerande verksamhet Anställda slutar – väljer annan arbetsgivare Anställda utnyttjar inte ledighet/tid för vila	<b>Låg 3(1x3)</b>	Uppföljning av chef vid medarbetarsamtal
5	<b>Nya sjukhuset Heslingborg</b>	Stordrift med med negativ påverkan för Ängelholm Krav på ökad digitalisering - utveckling inte i fas Bristande förutsättningar för långsiktig planering för utveckling/profilering av Ängelholms sjukhus	<b>Låg 3(1x3)</b>	För närvarande låg risk men är ett långsiktigt arbete. Hanteras genom programkontoret. Följs av förvaltningen.
6	<b>Leveranstörning materialbrist</b>	Tillgång till kritisk material/läkemedel Patientsäkerhet	<b>Påtaglig 6(3x2)</b>	Information om status/risk för störningar Information om ersättningsmaterial

<sup>1</sup> Riskvärdet beräknas genom värdet för sannolikhet multiplicerat med konsekvensen

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå SxK <sup>1</sup>	Riskhantering
7	<b>Avtalstrohet</b>	För stor variation av material Förpackningar ej anpassade efter verksamhetens behov – risk för kassering Avtal följs inte -skadestånd	<b>Påtaglig 6(2x3)</b>	Information på samtliga nivåer
8	<b>Beslutsordning</b>	Okunskap om innebörd Otydliga delegationer Oklarhet om beslutsfattande	<b>Påtaglig 6(2x3)</b>	Information till chefer på samtliga nivåer

## Risker där etablerad riskhantering finns

Risker där det bedöms finnas en tillräcklig intern kontroll och en separat etablerad uppföljningsprocess på plats.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå SxK	Riskhantering
1	<b>Digitalisering</b>	Återgång av positiv utveckling av digitala arbetssätt när pandemin avtar. Digitala möten ersätts med fysiska. Möjliga digitala vårdkontakter ersätts med fysiska besök.	<b>Hög</b> <b>9(3x3)</b>	Månadsuppföljningar Delårs- och årsrapporter Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden Uppföljning av tjänsteresor Uppföljning av produktion samt 1177-ärende Följsamhet till regionens omställningsarbete
2	<b>SDV</b>	Parallella journalsystem i Region Skåne Patientsäkerhet Driftsstörning system Journaldokumentation inte tillgänglig	<b>Hög</b> <b>9(3x3)</b>	Planera för utbildning av medarbetare Aktivt följa utrullning och erfarenhet från andra förvaltningar
3	<b>Patientsäkerhet/vårdskador</b>	Fall Vårdrelaterade infektioner Felbehandling Stress av personal Felaktiga läkemedel	<b>Hög</b> <b>9(3x3)</b>	Uppföljning genom punktprevalensmätning (PPM) Följsamhet till regionala vårdprogram/riktlinjer Avvikelsehantering

## Risker som bevakas

Aktiv hanteringsmetod för risker som behöver hållas under uppsikt. Metoden är lämplig för risker som kräver aktiv hantering men där granskning och åtgärd inte är tillämpligt inom ramen för sjukhusstyrelsens interna kontroll. Följs upp inom ramen för förvaltningens kontrollprocesser.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering	Uppföljning
1	<b>It-säkerhet/ sekretesshantering</b>	Röja identitet/integritet, sjukdoms- tillstånd Intrång i digitala system Leveransstörningar Driftstörning medicinteknisk/kritisk utrustning.	<b>Hög 9(3x3)</b>	Medvetenhet hos medarbetare om risk för angrepp Medvetenhet om hur minska risk Kända reservrutiner och reservwebbplatser Regional/lokal utbildning I IT-säkerhet	Delårs- och årsrapporter
2	<b>Försämrad möjlighet att utveckla innovations- sjukhus</b>	Innovationsutveckling hämmas Bristande möjlighet att få intäkter genom innovationer Sämre förutsättning för samarbete med region, näringsliv, campus och kommun	<b>Hög 9(3x3)</b>	Dialog med koncernledningen- och politisk ledning	Delårs- och årsrapporter
3	<b>Upplevelse av dåligt bemötande</b>	Minskat förtroende för sjukvården Bristande kommunikation med pat/anhöriga Sämre möjlighet för patientmedverkan	<b>Påtaglig 6(2x3)</b>	Avvikelsehantering Återkoppling av klagomålsärenden Återkoppling av resultat från nationella patientenkäten Utveckla personcentrerad vård	Uppföljning klagomål och synpunkter Uppföljning - nationella patientenkäten
4	<b>Samverkan med kommun/vårdgrannar</b>	Osäkra överlämningar mellan vårdgivare Patientsäkerhetsrisker Fördröjd utskrivning Vårdplatsbrist	<b>Påtaglig 6(3x2)</b>	Välfungerande utskrivningsprocesser God kännedom om Mina Planer för SVU/SIP <sup>2</sup> Aktivitet delregional samverkan	Delårs- och årsrapporter Delregional Arbetsgrupp SVU/SIP

<sup>2</sup> SVU -Samverkan vid utskrivning, SIP-Samordnad individuell plan

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
5	<b>Ojämlig vård</b>	Omotiverade skillnader, kön, etnicitet, ålder Information om hälso- och sjukvård når inte ut till vissa medborgargrupper	<b>Påtaglig 6(2x3)</b>	Återkoppling av klagomålsärenden Återoppling av resultat från nationella patientenkäten Utveckla personcentrerad vård Analyser av Nationella patientenkäten Hantering och återkoppling av klagomål Hantering av avvikelser. Pågående projekt med med inriktning patientinvolvering.	Uppföljningar genom patientnämnden samt i samband med årsrapporter. Nationella patientenkäten
6	<b>Digitalisering</b>	Osäker överlämning Långsam prostgång/reservrutin för korrespondens vid driftstörning för digital korrespondens Bristande anpassning/kommunikation hos samverkanspartner Åldersperspektivet/tillgänglighet för digital kommunikation/vård Frigör inga resurser/mervärde	<b>Påtaglig 6(3x2)</b>	Fortsatt arbete med digitala lösningar för besök Digital remisshantering Utveckla möjlighet att boka och avboka besök digitalt Egenmonitorering	Delårs- och årsrapporter

## 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 SxK	Riskhantering	Uppföljning
1	<b>Vårdskador</b>	Patientsäkerhetsrisk om vårdskador såsom vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, fall mm uppkommer under sjukhusvistelsen	<b>Hög 9 (3x3)</b>	Patientsäkerhetsarbete Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram för att minimera vårdskador Uppmärksamma VRI vid introduktionsutbildning	Uppföljning genom PPM och i samband med patientsäkerhetsberättelsen
2	<b>Kostnadsutveckling – inflation och räntekostnader</b>	Risk att Skåneinterna kostnader ökar mer än budgetuppräknning. Bruttokostnadsutvecklingen ökar mer än budgeterad uppräknning. Påverkar möjlighet till förebyggande vård och screening	<b>Mycket hög 16 (4x4)</b>	Dialog med koncernledningen. Åtgärdsplaner för minskade kostnader	Månadsuppföljningar Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter
3	<b>Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet</b>	Risk för att nyanställda sjuksköterskor inte stannar kvar pga hög arbetsbelastning. Risk för hög omsättning av sjuksköterskor. Behov av bemanningspersonal.	<b>Hög 12(4x3)</b>	Det ska finnas minst en (1) klinisk karriärtjänst för sjuksköterskor på sjukhuset 2024 90% av alla nyanställda ska genomgå sjukhusets introduktionsprogram. Införa region Skånes kompetens- och tjänstemodell Farmaceuter kopplat till avdelningar avlastar sjuksköterskor Aktivt arbete med kompetensförsörjningsplan	Månadsuppföljningar Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter Uppföljning via personalenkät Personalomsättning

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå SxK	Riskhantering	Uppföljning
4	<b>Tillgänglighet slutenvård</b>	Vårdplatsbrist Överbeläggningar Negativ påverkan på arbetsmiljö, Patientsäkerhetsrisker.	<b>Mycket hög 16 (4x4)</b>	Daglig styrning. Rekrytering för att öppna disponibla vårdplatser Välfungerande samarbete med kommun för effektiv utskrivningsplanering och tidig hemgång	Månadsuppföljningar Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter
5	<b>Tillgänglighet öppenvård</b>	Tillgänglighet som inte når beslutad målnivå, vårdköer, försämrar förtroendet för hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsrisk i samband med lång väntetid för nybesök. Ekonomisk påverkan om ersättning för tillgänglighetsmedel inte erhålls. Bristande förtroende för vården	<b>Mycket hög 16 (4x4)</b>	Produktionsstyrning Daglig styrning Översyn schemaläggning	Månadsuppföljningar Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter
6	<b>Hyrstopp</b>	Bemanningsproblem Vårdplatsbrist Negativ påverkan av arbetsmiljö	<b>Hög 12 (4x3)</b>	Daglig styrning. Rekrytering för att öppna disponibla vårdplatser Välfungerande samarbete med kommun för effektiv utskrivningsplanering och tidig hemgång	Månadsuppföljningar Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter

## 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	<b>Ekonomi</b>	Risk för att ekonomi i balans inte uppnås under året. Försvårar långsiktigt planering	<b>Mycket hög 20 (5x4)</b>	Uppföljning och dialog med koncernledningen, sjukhusstyrelsen och verksamheten. Ledningssystem infört på sjukhuset. Daglig styrning Utfasning av bemanningsföretag Långsiktig handlingsplan för perioden 2024-2026.	Månadsuppföljningar verksamheten. Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter
3	<b>Ofinansierad verksamhet</b>	Risk för att inte klara uppdraget inom givna ekonomiska ramar.	<b>Mycket hög 20 (5x4)</b>	Uppföljning och dialog med koncernledningen. Ledningssystem infört på sjukhuset. Daglig styrning Utfasning av bemanningsföretag Långsiktig handlingsplan för perioden 2024-2026.	Månadsuppföljningar verksamheten. Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter
4	<b>Kompetensbrist - behålla erfarna medarbetare</b>	Risk att medarbetare väljer att sluta Svårigheter med nyrekrytering. Beroende av bemanningsföretag med negativ påverkan på arbetsmiljö och ekonomi.	<b>Hög 12(4x3)</b>	Stegvis hyrstopp för sjuksköterskor from 1 oktober 2023 Lika anställningsvillkor i Region Skåne Höjd OB-ersättning Handlingsplan för nyrekrytering. Riktat arbete för en bättre arbetsmiljö. Genomföra avslutssamtal för medarbetare som slutar. Ta fram karriärstege Aktivt arbete med kompetensförsörjningsplan	Månadsuppföljningar verksamheten. Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden. Delårs- och årsrapporter Uppföljning via personalenkät Personalomsättning