

Intern kontroll 2023

Sjukhusstyrelse Ystad

**Risikanalys och
riskhanteringsplan**

Innehåll

Risikanalys och hanteringsplan 2023	3
Risker som accepteras	5
Risker där befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga	6
Risker som bevakas/följs under året	7
Risker som granskas	8
Risker som föranleder åtgärd	10

Risikanalys och hanteringsplan 2023

Intern kontroll syftar till att synliggöra och hantera risker för att motverka att oönskade händelser inträffar. Den interna kontrollen ska utgöra ett hjälpmedel som bidrar till att styrelser, nämnder, förvaltningar och bolag genomför sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Detta sker bland annat genom att tjänstemannaorganisationen och de förtroendevalda identifierar och bedömer risker som tydliggör hanterings- och åtgärdsbehov. Riskanalysen är navet för den gemensamma strukturen för intern kontroll och utgör den övergripande planen för hur risker ska hanteras. Riskanalysen har sin utgångspunkt i det uppdrag och ansvar som anges i reglemente och ägardirektiv och i de förutsättningar som Region Skånes verksamhetsplan och budget innebär. Syftet med riskanalysen är att:

- identifiera och värdera väsentliga risker som behöver hanteras
- synliggöra medvetenhet om risker som finns och redan hanteras
- synliggöra medvetenhet om risker som finns men är svåra att hantera
- sammanställa de oönskade händelser och effekter som kan inträffa och då utgöra hinder för genomförandet av uppdrag
- bidra till kunskapsöverföring och förbättringar

För varje risk som ingår i riskanalysen ska det framgå hur hantering ska ske utifrån en gemensam metodstruktur. Syftet med strukturen är att tydliggöra att risker har olika förutsättningar och hanteringsbehov och att riskhantering därför behöver genomföras på olika sätt.

Grundprincipen för modellen bygger på att det finns både aktiva och passiva metoder för att hantera risk inom den interna kontrollprocessen.

De passiva hanteringsmetoderna utgörs av att *riskerna accepteras* alternativt att *befintliga åtgärder / inbyggda kontroller för risken bedöms tillräckliga*. De aktiva hanteringsmetoderna är *bevakning*, *granskning* eller *åtgärd*.

Risikanalysen inklusive plan för hantering definierar vilka risker som ska följas upp inom ramen för den interna kontrollen. Den interna kontrollen följs upp minst två gånger per år, senast i samband med delårs- och helårsuppföljningen av verksamheten. Vid båda rapporteringstillfällena följs samtliga risker upp i enlighet med riskanalys/hanteringsplan. Av uppföljningen framgår status och/eller resultat för respektive riskhantering. För att det ska ske en relevant uppföljning krävs att tjänstemannaorganisationen planerar och organiserar genomförandet av den interna kontrollen. Det innebär att organisationen sätter en tidplan, fördelar arbetet och bestämmer hur hanteringen för respektive risk ska genomföras. Utgångspunkten är att risker som hanteras aktivt i form av åtgärd, granskning eller bevakning ska följas upp i den interna kontrollprocessen. Eventuella undantag ska motiveras.

Riskmatrisen och färgskalan används för att värdera risk. Syftet med matrisen är att tydliggöra riskvärdets relevans och relation. Riskvärdet är en sammanvägning av sannolikhet och konsekvens som visar den totala risken för en oönskad händelse och anger riskens storlek i relation till andra identifierade risker.

Färgen röd innebär det högsta riskvärdet (16) för en oönskad händelse eller effekt. Färgen grön tydliggör det lägsta riskvärdet för en oönskad händelse eller effekt (1–3). Färgerna gul (4–8) och orange (9–12) tydliggör nyanser mellan det lägsta och högsta riskvärdet. Hur en viss risk ska hanteras beror på dess förutsättningar och är därför inte direkt sammankopplat till ett visst riskvärde. Riskvärdet indikerar relevansen och relationen i förhållande till andra risker och utgör därmed ett stöd vid prioritering av resurser.

Hög konsekvens	4	8	12	16 Högsta riskvärde för oönskad händelse eller effekt
	3	6	9	12
Låg konsekvens	2	4	6	8
	1 Lägsta riskvärde för oönskad händelse eller effekt	2	3	4
	Låg sannolikhet		Hög sannolikhet	

Avgränsning

Risikanalys och hanteringsplan 2023 innefattar inte risker som identifieras inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet och risker som identifieras i samband med risikanalys som genomförs utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Risker som accepteras

Syftet med hanteringsmetoden är att tydliggöra identifierade risker som är väsentliga men inte föranleder aktiv hantering. Passiv metod för hantering av risker med lägre riskvärde i förhållande till andra risker och/eller där det inte finns förutsättningar för en aktiv hantering.

	Risk	Beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Motivering till varför risken accepteras	Uppf. IK 2023
1	Digitalisering	Risk för att utvecklingen och införandet av digitala tjänster inte sker i tillräckligt snabb takt på grund av bristande tid och/eller resurser vilket kan leda till att verksamheterna inte är tillräckligt förberedda inför implementeringen av SDV.	2x3	Lasarettet har under 2022 tillsatt en extra resurs som har i uppdrag att driva utvecklingen av digitala tjänster. En handlingsplan för digitalisering är framtagen och ett digitaliseringsråd med representanter från verksamheterna startar upp under året.	☐

Risker där befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga

Syftet med hanteringsmetoden är att tydliggöra väsentliga risker med betydande konsekvens och där sannolikheten genom pågående/genomförda/planerade insatser har minimerats på ett tillräckligt sätt. Metod för hantering av risker som inte bedöms vara i behov att aktiv hantering inom den interna kontrollprocessen.

	Risk	Beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Motivering till varför befintliga åtgärder/inbyggda kontroller bedöms tillräckliga	Uppf. IK 2023
1	Arbetsmiljö	Risk för ökad arbetsbelastning på grund av brist på kompetens vilket kan leda till en försämrad arbetsmiljö.	3x4	Verksamheterna arbetar utifrån de åtgärder och aktiviteter som definierats i sjukhusets övergripande kompetensförsörjningsplan samt utifrån de handlingsplaner för organisatorisk och social arbetsmiljö som upprättats efter att begäran om åtgärder enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen lämnats in.	☐
2	Kvalitet/patientsäkerhet	Risk för att patienter inte erhåller rätt vård och behandling på grund av bristande information om vart de ska vända sig vilket kan leda till att de inte får vård på rätt vårdnivå.	4x3	Lasarettet har ett gott samarbete med så väl kommuner som privata och offentligt drivna vårdcentraler. Samverkan sker dels i det dagliga arbetet mellan medarbetare i enskilda patientärenden dels genom Vårdsamverkan Skåne.	☐

Risker som bevakas/följs under året

Syftet med hanteringsmetoden är att ha risken under uppsikt. Aktiv metod för hantering av väsentliga risker som på grund av specifika förutsättningar, exempelvis en osäkerhet och/eller en komplexitet, behöver bevakas under året. Risker som bevakas och där rapportering till nämnd/styrelse inte sker på annat sätt, ska följas upp inom ramen för den interna kontrollprocessen.

	Risk	Beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Beskrivning och motivering av bevakningsmetod	Uppf. IK 2023
1	Tillgänglighet	Risk för att patienter inte får tid till besök och op/åtgärd inom vårdgarantin på grund av långa köer vilket kan leda till att patienterna inte får rätt vård i rätt tid.	4x4	Verksamheterna arbetar aktivt med flertalet åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Antal väntande till besök och operation/åtgärd följs upp månatligen.	☒
2	Kompetensförsörjning/ patientsäkerhet	Risk för att vårdavdelningarna inte kan bemanna enheterna på grund av brist på kompetens vilket kan leda till fler utlokaliserade till andra specialiteter, fler överbeläggningar, övernattare på akutmottagningen eller ökat antal patienter som flyttas till annat sjukhus.	4x4	Åtgärder för en hållbar kompetensförsörjning har definierats i lasarettets kompetensförsörjningsplan. Rekrytering av personal pågår löpande. Uppföljning sker löpande av antalet anställda och disponibla vårdplatser i förhållande till antalet fastställda vårdplatser.	☒
3	Kompetensförsörjning/ patientsäkerhet	Risk för att akutmottagningen för vuxna inte kan bemanna enheten på grund av brist på kompetens vilket kan leda till längre ledtider och hänvisning till andra sjukhus.	4x4	Flera enheter på sjukhuset vidtar åtgärder för att minska patientflödet på akutmottagningen. Samarbete och dialog med primärvården pågår löpande gällande rätt patient på rätt vårdnivå. Antalet övernattare och antalet patienter som väntar på inläggning kl. 8.00 samt utlokaliserade följs upp dagligen. Uppföljning av ledtider sker kvartalsvis.	☒

Risker som granskas

Syftet med hanteringsmetoden är att kontrollera risker. Aktiv hanteringsmetod för risker där sannolikheten och/eller konsekvensen delvis är osäker och behöver verifieras. Tillämplig när ett kontrollresultat kan skapa ett mervärde som tydliggör behov av eventuella åtgärder och tydliggör riskvärdet. Risker som hanteras genom granskning behöver vara kontrollerbara, exempelvis genom stickprov, inventering, undersökning, dokumentstudier eller intervjuer. Risker som granskas ska i regel följas upp inom ramen för den interna kontrollprocessen.

	Risk	Beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Beskrivning och motivering av granskningsmetod	Uppf. IK 2023
1	Investeringar	Risk för att planerade ombyggnationer försenas eller inte genomförs på grund av att de lokala byggpotterna inte räcker till och regionala projekt ej prioriteras vilket kan leda till att lasarettet ej har ändamålsenliga lokaler för att bedriva vård.	3x3	Löpande uppföljning av byggprojekt.	☒
2	Patienttransporter	Risk för fördröjda patienttransporter på grund av att transporten inte kan komma på önskad tid eller inte anländer på utsatt tid. Detta kan leda till fler överbeläggningar eller att ingen mottagande part möter upp patienten i sin bostad som resulterar i att patienten körs åter till lasarettet.	4x4	Under projektet med Ystadpendel undersöktes möjligheterna att förbättra transporter mellan Simrishamns sjukhus och Lasarettet i Ystad. Lasarettet i Ystad och Skånetrafiken har tillsammans identifierat förbättringsområden.	☒

3	Tillgänglighet	Risk för att tillgängligheten till vårdplatser på Simrishamns sjukhus försämras p.g.a. nytt avtal med omställning mot mer geriatrisk vård samt nerlagd laboratorieverksamhet vilket kan leda till fler överbeläggningar.	3x3	Uppföljning av antal överflyttningar följs upp månadsvis.	
4	Kompetensförsörjning/ patientsäkerhet	Risk för att lasarettet inte kan upprätthålla slutenvårdsplatser för barn och akutmottagningsverksamhet på grund av brist på kompetens vilket kan leda till att fler barn får hänvisas till andra sjukhus.	4x4	Sedan sommaren 2022 har lasarettet, på grund av brist på kompetens, slutenvårdsplatserna stängda under helgtid. Akutmottagningen, fränsett prio 1 larm och ortopedi, var stängd under fyra veckor sommaren 2022. Åtgärder för en hållbar kompetensförsörjning har definierats i lasarettets kompetensförsörjningsplan. Rekrytering av personal pågår löpande. Uppföljning sker löpande av antalet anställda och disponibla vårdplatser i förhållande till antalet fastställda vårdplatser samt antal hänvisade patienter till andra sjukhus.	☒

Risker som föranleder åtgärd

Syftet med hanteringsmetoden är att minska riskvärdet genom någon form av insats. Aktiv hanteringsmetod för risker med högt riskvärde i förhållande till andra risker och där det finns förutsättningar att agera på ett på förhand tydligt behov. Risker som hanteras genom åtgärd ska i regel följas upp inom ramen för den interna kontrollprocessen.

	Risk	Beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Beskrivning och motivering av åtgärdsmetod	Uppf. IK 2023
1	Ekonomi	Risk för att budget i balans inte kan uppnås på grund av att kostnaderna överstiger budgetramarna vilket kan leda till ett ökat underskott.	4x4	Budgetavvikelsen per december 2022 uppgick till -84,2 miljoner kronor. Kostnadsutvecklingen mellan åren 2021 och 2022 uppgick till 4,6 %. En ekonomisk handlingsplan med kostnadsreducerande åtgärder kommer tas fram för 2023.	☒