**Intern kontroll**

**Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026**

**Sjukhusstyrelse Ängelholm**

**2024-02-12**

Innehåll

[Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026 …………………………………………………………………………..…………………….3](#_Toc158971093)

[Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne 3](#_Toc158971094)

[Riskanalys 4](#_Toc158971095)

[Plan för riskhantering 4](#_Toc158971096)

[Uppföljning 4](#_Toc158971097)

[Årlig revidering 4](#_Toc158971098)

[Risker som konstateras 8](#_Toc158971099)

[Risker där etablerad riskhantering finns 10](#_Toc158971100)

[Risker som bevakas 11](#_Toc158971101)

[Risker som granskas 13](#_Toc158971102)

[Risker som hanteras genom åtgärd 15](#_Toc158971103)

# Riskanalys 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.

### En bild som visar text, skärmbild, Teckensnitt, Färggrann Automatiskt genererad beskrivningRiskanalys

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: Aktiv riskhantering**1. Risker som konstateras 1. Risker som bevakas  
2. Risker där etablerad 2. Risker som granskas  
riskhantering redan finns 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 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 färdslag.
* 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.   
  Avvikelser av händelser som kan påverka patientsäkerhet dokumenteras i region Skånes avvikelsesystem 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 kontinuitetshanteringen och krisplan på sjukhuset. 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 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 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 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 Styrtornet 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 läkemededelsrutinen och med stöd av denna har inventering av läkemedelsförråden genomförts.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sammanställning av riskanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026** | | | | | | | | | |
| **Passiv hantering** | | | | **Aktiv hantering** | | | | | |
| **Risker som konstateras** | | **Risker där etablerad riskhantering finns** | | **Risker som bevakas** | | **Risker som granskas** | | **Risker som hanteras genom åtgärd** | |
| **Risk** | **Risk-nivå** | **Risk** | **Risk-nivå** | **Risk** | **Risk-nivå** | **Risk** | **Risk-nivå** | **Risk** | **Risk-nivå** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  | **Risk** | **Riskbeskrivning** | **Risknivå SxK[[1]](#footnote-1)** | **Riskhantering** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Avtal och avtalstrohet** | Bristande följsamhet till nyttjande av upphandlade leverantörer. Skadeståndsanspråk från berörda leverantörer. | **Hög 9(3x3)** | 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** | **GDPR** | Personkänslig information på fakturor saknar sekretesskydd. | **Påtaglig**  **6(2x3)** | Följsamhet till rutin av sekretesshantering av fakturor genom utbildning av chefer. |
| **4** | **Bisysslor** | Anställda i konkurerande verksamhet  Anställda slutar – väljer annan arbetsgivare  Anställda utnyttjar inte ledighet/tid för vila | **Låg 3(1x3)** | Uppföljning av chef vid medarbetarsamtal |
| **5** | **Nya sjukhuset Heslingborg** | Stordrift med med negativ påverkan för Ängelholm  Krav på ökad digitalisering - utveckling inte i fas  Bristande förutsättningar för långsiktig planering för utveckling/profilring av Ängelholms sjukhus | **Låg**  **3(1x3)** | För närvarande låg risk men är ett långsiktigt arbete.  Hanteras genom programkontoret.  Följs av förvaltningen. |
| **6** | **Leveranstörning matrialbrist** | Tillgång till kritisk material/läkemedel  Patientsäkerhet | **Påtaglig**  **6(3x2)** | Information om status/risk för störningar  Information om ersättningsmaterial |
| **7** | **Avtalstrohet** | För stor variation av material Förpackningar ej anpassade efter verksamhetens behov – risk för kassering  Avtal följs inte -skadestånd | **Påtaglig**  **6(2x3)** | Information på samtliga nivåer |
| **8** | **Beslutsordning** | Okunskap om innebörd Otydliga delegationer  Oklarhet om beslutsfattande | **Påtaglig**  **6(2x3)** | 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** | **Digitalisering** | Återgång av positiv utveckling av digitala arbetssätt när pandemin avtar. Digitala möten ersätts med fysiska.  Möjliga digitala vårdkontakter ersätts med fysiska besök. | **Hög**  **9(3x3)** | Månadsuppföljningar  Delårs- och årsrapporter  Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden  Uppföljning av tjänsteresor  Uppföljning av produktion samt 1177-ärende  Följsamhet till regionens omställningsarbete |
| **2** | **SDV** | Parallella journalsystem i Region Skåne  Patientsäkerhet  Driftsstörning system  Journaldokumentation inte tillgänglig | **Hög 9(3x3)** | Planera för utbildning av medarbetare  Aktivt följa utrullning och erfarenhet från andra förvaltningar |
| **3** | **Patientsäkerhet/vårdskador** | Fall  Vårdrelaterade infektione  Felbehandling  Stress av personal Felaktiga läkemedel | **Hög**  **9(3x3)** | 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** | **Risknivå** | **Riskhantering** | **Uppföljning** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **It-säkerhet/ sekretesshantering** | Röja identitet/integritet, sjukdoms-tillstånd  Intrång i digitala system  Leveransstörningar  Driftstörning medicinteknisk/kritisk utrustning. | **Hög 9(3x3)** | 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** | **Försämrad möjlighet att uveckla innovations-sjukhus** | Innovationsutveckling hämmas  Bristande möjlighet att få intäkter genom innovationer  Sämre förutsättning för samarbete med region, näringsliv, campus och kommun | **Hög**  **9(3x3)** | Dialog med koncernledningen- och politisk ledning | Delårs- och årsrapporter |
| **3** | **Upplevelse av dåligt bemötande** | Minskat förtroende för sjukvården  Bristande kommunikation med pat/anhöriga  Sämre möjlighet föt patientmedverkan | **Påtaglig**  **6(2x3)** | Avvikelsehantering Återkoppling av klagomålsärenden  Återkoppling av resultat från nationella patientenkäten  Utveckla personcentrerad vård | Uppföljning klagomål och synpunkter  Uppföljning -nationella patientenkäten |
| **4** | **Samverkan med kommun/vårdgrannar** | Osäkra överlämningar mellan vårdgivare  Patientsäkerhetsrisker  Fördröjd utskrivning  Vårdplatsbrist | **Påtaglig**  **6(3x2)** | Välfungerande utskrivningsprocesser  God kännedom om Mina Planer för SVU/SIP[[2]](#footnote-2)  Aktivitet delregional samverkan | Delårs- och årsrapporter  Delregional Arbetsgrupp SVU/SIP |
| **5** | **Ojämlik vård** | Omotiverade skillnader, kön, etnicitet, ålder  Information om hälso- och sjukvård når inte ut till vissa medborgargrupper | **Påtaglig**  **6(2x3)** | 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 inriktigning patientinvolvering. | Uppföljningar genom patient-nämnden samt i samband med årsrapporter.  Nationella patientenkäten |
| **6** | **Digitalisering** | 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 | **Påtaglig**  **6(3x2)** | 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** | **Vårdskador** | Patientsäkerhetsrisk om vårdskador såsom vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, fall mm uppkommer under sjukhusvistelsen | **Hög**  **9 (3x3)** | Patientsäkerhetsarbete  Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram för att minimera vårdskador  Uppmärksamma VRI vid introduktionsutbildning | Uppföljning genom PPM och i samband med patientsäkerhetsberättelsen |
| **2** | **Kostnadsutveckling – inflation och räntekostnader** | Risk att Skåneinterna kostnader ökar mer än budgetuppräkning.  Bruttokostnadsutvecklingen ökar mer än budgeterad uppräkning.  Påverkar möjlighet till förebyggande vård och screening | **Mycket hög**  **16 (4x4)** | Dialog med koncernledningen.  Åtgärdsplaner för minskade kostnader | Månadsuppföljningar  Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden.Delårs- och årsrapporter |
| **3** | **Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet** | Risk för att nyanställda sjuksköterskor inte stannar kvar pga hög arbetsbelastning.  Risk för hög omsättning av sjuksköterskor.  Behov av bemanningspersonal. | **Hög**  **12(4x3)** | 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 |
| **4** | **Tillgänglighet slutenvård** | Vårdplatsbrist  Överbeläggningar  Negativ påverkan på arbetsmiljö, Patientsäkerhetsrisker. | **Mycket hög**  **16 (4x4)** | 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** | **Tillgänglighet öppenvård** | 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 | **Mycket hög**  **16 (4x4)** | Produktionsstyrning  Daglig styrning  Översyn schemaläggning | Månadsuppföljningar  Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden.  Delårs- och årsrapporter |
| **6** | **Hyrstopp** | Bemanningsproblem  Vårdplatsbrist Negativ påverkan av arbetsmiljö | **Hög**  **12 (4x3)** | 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** | **Ekonomi** | Risk för att ekonomi i balans inte uppnås under året.  Försvårar långsiktigt planering | **Mycket hög**  **20 (5x4)** | Uppföljning och dialog med koncernledningen, sjukhusstyrelsen och verksamheten.  Ledningssystem infört på sjukhuset.  Daglig styrning  Utfasning av bemmaningsföretag  Långsiktig handlingsplan för perioden 2024-2026. | Månadsuppföljningar verksamheten.  Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden.  Delårs- och årsrapporter |
| **3** | **Ofinansierad verksamhet** | Risk för att inte klara uppdraget inom givna ekonomiska ramar. | **Mycket hög**  **20 (5x4)** | Uppföljning och dialog med koncernledningen. Ledningssystem infört på sjukhuset.  Daglig styrning  Utfasning av bemmaningsföretag  Långsiktig handlingsplan för perioden 2024-2026. | Månadsuppföljningar verksamheten.  Uppföljning i samband med sjukhusstyrelsens sammanträden.  Delårs- och årsrapporter |
| **4** | **Kompetensbrist - behålla erfarna medarbetare** | Risk att medarbetare väljer att sluta Svårigheter med nyrekrytering.  Beroende av bemaningsföretag med negativ påverkan på arbetsmiljö och ekonomi. | **Hög**  **12(4x3)** | Stegvis hyrstopp för sjuksköterskor from 1 oktober 2023  Lika anställinngsvillkor 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 |

1. Riskvärdet beräknas genom värdet för sannolikhet multiplicerat med konsekvensen [↑](#footnote-ref-1)
2. SVU -Samverkan vid utskrivning, SIP-Samordnad individuell plan [↑](#footnote-ref-2)