

Risicanalys- och riskhanteringsplan 2023

Medicinsk service

Risakanalys och riskhanteringsplan 2023 – Medicinsk service

Ansvar och befogenheter

Inom Medicinsk service finns en riskanalys och riskhanteringsplan, tidigare kallad plan för intern kontroll, samt ett styrkort. Båda fastställs av förvaltningschefen efter dialog i förvaltningens ledningsgrupp.

Uppföljning är integrerad med förvaltningens ordinarie uppföljning och resultatet diskuteras i samband med uppföljningsmöten med förvaltningschef och ansvariga verksamhetsföreträdare som kontinuerligt genomförs under året.

Processen för framtagande av planen för intern kontroll

Medicinsk service har i förvaltningens ledningsgrupp utfört en risk- och väsentlighetsbedömning vilken kommunicerats genom förvaltningens ledningsorganisation. Risk- och väsentlighetsbedömning innebär i korthet att identifiera organisationens viktigaste processer, rutiner och system. I analysen ingår att identifiera potentiella risker och felkällor, bedöma konsekvenserna och i vilken grad riskerna kan minimeras.

Planens bidrag till måluppfyllelse

Förvaltningen har lagt vikt vid att arbetet skall inkludera både verksamhetsrelaterade kontrollmoment som mer traditionellt ekonomiska kontrollmoment.

Information inom organisationen och återrapportering

Information om plan och styrkort kommuniceras inom förvaltningen via linjansvariga chefer genom ledningsgrupper med mera som t.ex. dialoger, chefsdagar och intranät. Vidare presenteras resultat i samband med uppföljning per del- och helår.

Styrkort

Medicinsk service har ett styrkort på förvaltningsnivå utifrån Region Skånes verksamhetsplan och budget. Styrkortet beskriver de framgångsfaktorer som behövs för att nå de fem regiongemensamma målen, samt de aktiviteter som ska genomföras under året. Aktiviteterna bryts sedan ner på verksamhetsnivå och kan även brytas ner till enhets- eller processnivå.

Medicinsk service: Ledande aktör med patientfokus

Vårt arbetssätt utgår från värderingarna: Välkomnande - Drivande - Omtanke och respekt.

Mål	Framgångsfaktorer	Aktiviteter	Mätetal
<p>Bättre liv och hälsa för fler</p> <p>Tillgänglighet och kvalitet</p> <p>Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet</p> <p>Hållbar utveckling</p> <p>Långsiktigt stark ekonomi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utbud av tjänster med hög tillgänglighet och säkerhet som tillgodoser patientens behov. • Ledningssystem med ständiga förbättringar som ger verksamhetsnytta. • Samutnyttjande av kompetens, teknik, lokaler, informationsteknologi och logistik. • Hög grad av automation och digitalisering. • God och säker arbetsmiljö. • Tät samverkan med övrig hälso- och sjukvård, universitet och högskolor. • Kompetenta och engagerade medarbetare och chefer. • Optimerad användning av resurser och en ekonomi i balans. 	Måttal avseende tillgänglighet och kvalitet ska regelbundet följas och förbättras vid behov.	Ja
		Arbetet med avvikelshantering ska ge färre (upprepade) allvarliga avvikelser.	Ja
		Varje enhet som arbetar patient/givarnära ska delta i Punktprevalensmätning (PPM) följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Föregående års resultat ska förbättras ytterligare.	Ja
		Dokumenthanteringssystemet DokIT ska införas enligt tidplan.	Ja
		Aktiviteterna i FoU-plan ska genomföras och rapporteras per helår.	Ja
		Underordnade dokument till Krishantering- och kriskommunikationsplan ska tas fram och följas.	Ja
		Investeringsprocessen ska förtydligas och följas.	Ja
		Varje enhet ska aktivt arbeta med åtgärder för att öka frisknärvaron.	Frisknärvaro > 65 %
		Varje enhet ska genomföra minst en aktivitet kopplat till resultatet i medarbetarenkäten.	Ja
		Varje enhet ska genomföra minst en aktivitet som stödjer förändrad arbetsorganisation i enlighet med RAK (rätt använd kompetens).	Ja
		Aktiviteter i Handlingsplan Miljömål ska genomföras och rapporteras per del- och helår. Särskilt fokus ska sättas på säkrare kemikaliehantering samt förebygga uppkomsten av avfall.	Ja
		Budgetutfallet ska vara minst enligt överenskommelse.	Ja

Risicanalys och riskhanteringsplan

Risk	Konsekvens om risken uppstår	Riskbedömning			Beskrivning och motivering av bevakningsmetod
		Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde	
Måltal avseende tillgänglighet och kvalitet följs inte regelbundet. Resultaten förbättras inte vid behov.	Mål nås inte och förbättringar uteblir vilket kan leda till försämrad effektivitet.	1	4	4	Måltal avseende tillgänglighet och kvalitet ska regelbundet följas enligt fastlagda planer per verksamhet samt i förvaltningens verksamhetsdialoger. I samband med uppföljningen sker också diskussion om ev. förbättringsbehov.
Arbetet med avvikelshantering ger inte färre (upprepade) allvarliga avvikelser.	Förbättringsområden uppmärksammas inte och åtgärder som kan förbygga risker uteblir.	1	4	4	Uppföljning av allvarliga avvikelser sker regelbundet inom berörd verksamhet. Dessutom sker diskussion och lärande i förvaltningens patientsäkerhetsråd, vilket leds av chefläkaren.
Resultatet av Punktprevalensmätning (PPM) följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler förbättras inte där det finns behov.	Hygien- och klädrutiner följs inte vilket kan leda till smittspridning.	2	3	6	Resultat av genomförd mätning presenteras och diskuteras i förvaltningsledningen samt i patientsäkerhetsråd. Därefter sprids uppföljningen till berörda verksamheter. Utbildning och extra mätningar genomförs vid behov.
Dokumenthanteringssystemet DokIT införs inte enligt tidplan.	Avsaknad av dokumenthanteringssystem eftersom nuvarande system ska fasas ut under 2023. Laboratoriernas ackrediteringar kan hävas.	2	4	8	DokIT-projekt arbetar enligt regionens projektmodell för införande av IT-projekt. Styrgrupp och projektgrupp bevakar att lagda planer följs alternativt justeras baserat på behov. Bevakning sker avseende beroenden utanför förvaltningen (utbildningsmaterial/systemutveckling/IT-resurs) samt inom förvaltningen där det krävs tillräckliga resurser för att administrera de förändringar som uppstår.
Aktiviteterna i FoU-plan genomförs inte.	FoU-aktiviteter minskas.	2	3	6	Aktiviteterna i FoU-plan följs upp per verksamhet via forskningschefen. Regelbundna dialoger förs mellan förvaltning och akademi.
Underordnade dokument till Krishantering- och kriskommunikationsplan tas inte fram alternativt följs inte.	Rutiner för krisberedskapen upprätthålls inte och vad som gäller i en krissituation är otydlig.	1	4	4	Följsamhet till Krishantering- och kriskommunikationsplan samt framtagning av underordnade dokument hanteras via förvaltningens katastrofkommitté. Övning/utbildning och extra uppföljning/andra insatser genomförs vid behov.
Investeringsprocessen ska förtydligas och följas.	Korrekt hantering av investeringar uteblir.	2	4	8	Investeringsprocessen följs upp via förvaltningens Investeringsråd. Utbildning och extra uppföljning/andra insatser genomförs vid behov.
Varje enhet arbetar inte aktivt med åtgärder för att öka frisknärvaron.	Uteblivna åtgärder leder till minskad frisknärvaro dvs minskad tillgång till personal.	2	3	6	Frisknärvaron följs tre gånger/ år via förvaltningens HR-enhet som bevakar att aktiva och tidiga stödjande åtgärder sätts in.
Varje enhet genomför inte minst en aktivitet kopplat till resultatet i medarbetarenkäten.	Uteblivna aktiviteter leder till än sämre arbetsmiljö.	2	3	6	Handlingsplaner upprättas per enhet. Uppföljning sker via förvaltningens HR-enhet.
Varje enhet genomför inte minst en aktivitet som stödjer förändrad arbetsorganisation i enlighet med RAK (rätt använd kompetens).	Utebliven aktivitet kopplad till RAK leder till än större brist på kompetens och minskad trivsel.	3	2	6	Uppföljningen sker i samband med utvärderingen av den årliga kompetensförsörjningsplanen via förvaltningens HR-enhet.

<p>Aktivitet förebygga uppkomsten av avfall (handlingsplan miljömål) genomförs inte.</p>	<p>Mål nås inte, vilket innebär en icke optimerad användning av resurser och material som bidrar till miljöpåverkan lokalt och globalt.</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>Aktiviteterna i miljöplanen följs regelbundet upp via förvaltningens miljö nätverk. Utbildning och extra uppföljning/andra insatser genomförs vid behov.</p>
<p>Aktivitet säker kemikaliehantering (handlingsplan miljömål) genomförs inte.</p>	<p>Mål nås inte, vilket får negativ påverkan på både närmiljö och arbetsmiljö.</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>6</p>	<p>Åtgärder med fokus på substitution/utfasning, färre kemikalier till avlopp, samt arbetet med att utveckla säkerhetskulturen följs upp via förvaltningen kemikalienätverk. Utbildning och extra uppföljning/andra insatser genomförs vid behov. Det finns även ett starkt leverantörsberoende för att lyckas med aktiviteten.</p>
<p>Budgetutfallet ska vara minst enligt överenskommelse.</p>	<p>Budgeten överskrids pga. högre kostnadsutveckling och/eller lägre intäktsutveckling än budgeterat. Detta leder till behov av åtgärder för att sänka kostnader vilket i sin tur påverkar verksamheterna.</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>6</p>	<p>Uppföljning månads- och delårsvis i enlighet med koncernens riktlinjer. Metoden är väl etablerad och utgör grunden för att identifiera och rapportera avvikelser.</p>

Region Skånes riskmatris

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	

Riskvärdering

För att bedöma risker används perspektiven sannolikhet och konsekvens som båda värderas på en skala från 1 till 4 (1 är det lägsta värdet och 4 det högsta värdet). Det finns ingen exakt definition av vad respektive värde för sannolikhet och konsekvens innebär då perspektivet varierar utifrån nämnders och styrelsers olika uppdrag och verksamhet. Genom att multiplicera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens räknas riskvärdet fram. Riskvärdet är en sammanvägning av sannolikhet och konsekvens som visar den totala risken för en oönskad händelse och som anger riskens storlek i relation till andra identifierade risker.

Riskmatris och färgskala används för det interna kontrollarbetet i Region Skåne. Syftet med matrisen är att tydliggöra riskvärdets relevans och relation. 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.