

Intern kontroll 2023

**Hälso- och sjukvårdsnämndens
riskanalys 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.....	12
Risker som föranleder åtgärd	14

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

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	Kompetensbrist	Risk för bristande tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvård på grund av kompetensbrist i verksamheter vilket kan leda till att invånare inte får tillgång till hälso- och sjukvård utifrån behov och medicinska prioriteringar.	3x3=9	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig för att behovet av hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Nämnden har inget arbetsgivar- och arbetsmiljöansvar och därmed låga möjligheter att påverka på de faktorerna som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.	Nej
2	Bristande tillgänglighet - tandvård	Risk för att utbud och tillgången till tandvård minskas på grund av minskad vilja och benägenhet att utföra regionalt finansierad tandvård vilket kan leda till mer ojämlik vård och tandhälsa.	1x4=4	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig men att möjligheterna att inverka på de samhällsekonomiska faktorerna som påverkar risken är låg. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.	Nej
3	Ojämlik munhälsa	Risk för att personer med svag ekonomi får sämre möjlighet att söka tandvård på grund av inflationens konsekvenser, vilket kan leda till minskad finansiering, mer ojämlik vård och sämre munhälsa.	3x3=9	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig men att möjligheterna att inverka på de samhällsekonomiska faktorerna som påverkar risken är låg. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.	Nej

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 av 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	Brist på följamhet till avtal (upphandlad vård)	Risk för att vårdgivare inte följer aktuella förfrågningsunderlag och avtal (LOV, LOU ¹) på grund av försumlighet vilket kan leda till avtalsbrott och konsekvens för patienter samt Region Skåne som uppdragsgivare.	3x3=9	Befintliga åtgärder/inbyggda rutiner finns i form av attestreglemente. Årlig övergripande plan för uppföljning innehåller nuläge och relevanta erfarenheter av tidigare uppföljningar, riskbedömning och prioritering samt genomförandeplan Löpande uppföljning och fördjupad uppföljning samt då avvikelser upptäcks vidtas åtgärder i varierande omfattning utifrån avvikelstens karaktär och beroende på avtalstext.	Nej
2	Felaktig produktionsstatistik (upphandlad vård)	Risk för att vårdgivare överrapporterar utförda vårdtjänster i antal och innehåll vilket kan leda till att Region Skåne utgår från fel data i analyser och får ökade kostnaderna då mycket av produktionen faller ut i ersättningar samt även att patienter och andra vårdgivare får en felaktig bild av sjukhistoria och status.	3x3=9	Befintliga åtgärder/inbyggda rutiner finns i form av attestreglemente. Årlig övergripande plan för uppföljning innehåller nuläge och relevanta erfarenheter av tidigare uppföljningar, riskbedömning och prioritering samt genomförandeplan Löpande uppföljning och fördjupad uppföljning samt då avvikelser upptäcks vidtas åtgärder i varierande omfattning utifrån avvikelstens karaktär och beroende på avtalstext.	Nej

¹ Lagen om valfrihetssystem (LOV) samt upphandlad vård i enlighet med lagen om upphandling (LOU)

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	Långsam utveckling i patientsäkerhetsarbetet	Risk för att patientsäkerhetsarbetet kopplat till Region Skånes handlingsplan för ökad patientsäkerhet bromsas upp på grund av att införandet av avvikelssystem drar ut på tiden samt att bristande tillgänglighet kräver resurser och resurs för att genomföra riskanalyser saknas, vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker samt förtroendeskada.	4x3 =12	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
2	Långsam implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	Risk för att utvecklingen av den personcentrerade vården avstannar om nämnden inte följer upp införandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp enligt nationell plan och Region Skånes implementeringsmodell, beaktar det i berörda förfrågningsunderlag och avtal samt agerar på brister. Detta kan leda till att patienter inte får en sammanhållen effektiv vård.	3x3 = 9	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
3	Långa ledtider inom standardiserade vårdförlopp (cancer)	Risk för att ledtidsmålen gällande de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom cancer inte uppnås på grund av bristande	4x3 =12	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt	Nej

		tillgänglighet vilket kan leda till att patienterna försämras under väntetiden och är i ett sämre skick när de kommer till behandling.		ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	
4	Handlingsplan för precisionsmedicin	Risk för långsam progress gällande att ta fram och implementera handlingsplan för precisionsmedicin då användandet av precisionsmedicin finns med i många av de nya nationella vårdprogrammen vilket kan leda till att patienterna inte får tillgång till de senaste diagnostiska alternativen/behandlingsalternativen vilket medför risk för sämre prognos.	3x4=12	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
5	Avstannande utvecklingen av basonkologi (cancer)	Risk för att utveckling av basonkologi i nära vård drar ut på tiden om IT-stöd för monitorering i hemmet inte finns vilket kan leda till att patienter behöver söka vård på akuten och vårdas i slutenvården i stället för hemma.	3x3=9	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
6	Avstannande utveckling av framtidens hälsosystem	Det finns en risk att utvecklingen för framtidens hälsosystem avstannar om inte nämnden beaktar och prioriterar Förändrings- och genomförandeplan för Framtidens hälsosystem 2022–2025 samt samverkar med kommuner i Vårdsamverkan Skåne.	2x3=6	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
8	Brister i hantering och behandling av läkemedel	Risk för påverkan på robust och säker läkemedelshantering samt ojämlikhet	3x4=12	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen	Nej

		avseende läkemedelsbehandling på grund av att omställningen till Framtidens hälsosystem samt God och Nära vård innebär att patienter ofta befinner sig i gränslandet mellan olika vårdformer (öppen-/slutenvård) och att lagstiftningen på läkemedelsområdet inte medger att patienter är hemmahörande i mer än en vårdform, vilket kan få konsekvenser för såväl patienten som för verksamheter sett till ansvar och avgifter/kostnader.		för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	
9	Följsamhet mot lagstiftning för läkemedel	Det finns en risk att Läkemedelsverket tolkar att läkemedelshantering i omställningen till Framtidens hälsosystem och Nära vård bryter mot läkemedelslagstiftning, på grund av att olika vårdformer (öppen-/slutenvård) på läkemedelsområdet inte medger att patienter är hemmahörande i mer än en vårdform, vilket skulle kunna äventyra Region Skånes sjukhusapotekstillstånd vilket kan stoppa vissa verksamheter.	3x4=12	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
10	Prioritering av klinisk forskning	Det finns en risk att möjligheten att utföra klinisk forskning försvåras på grund av bristande tid för forskning och en försämrad kompetensförsörjning av akademiskt meriterad sjukvårdspersonal vilket kan leda till mindre forskning och i förlängningen långsammare kunskapsutveckling.	3x3=9	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan /uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs antal disputationer under året, uttagen forskningstid enligt plan samt totalt antal registrerade forskningsprojekt med budget för ALF, regionalt forskningsstöd och externa anslag samt utdelning ur stiftelser och donationer med omslutning. Planerad uppföljning bedöms	Nej

				tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	
11	Brister i följsamhet till avtal inom forskning och utbildning	Det finns en risk att samverkansavtal inom forskning och utbildning i allmänhet, och ALF ² - och VFU ³ -avtalen i synnerhet, inte efterlevs om inte nämnden följer upp efterlevnad av dessa avtal.	2x3=6	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2023. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs efterlevnad av samverkansavtal ALF och VFU upp i årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.	Nej
12	Utomregional fakturering	Risk att inte all utomregional vård som registreras blir korrekt fakturerad.	3x3=9	Granskning genomförs av Gemensam servicefunktion (GSF) inom ramen för regionstyrelsens interna kontroll. Uppföljning av granskningen sker inte inom ramen för HSN.s interna kontroll. Nämnden har ingen egen kontroll och följer resultatet av GSF:s granskning.	Ja
13	LOV och LOU avtal	Risk för felaktig tolkning av avtal som genererar felaktiga ersättningar. Risk att inte alla registreringar och manuella filer följer med i faktureringen vilket resulterar i att felaktiga belopp betalas ut.	3x2=6	Granskning genomförs av Gemensam servicefunktion (GSF) inom ramen för regionstyrelsens interna kontroll. Uppföljning av granskningen sker inte inom ramen för HSN.s interna kontroll. Nämnden har ingen egen kontroll och följer resultatet av GSF:s granskning.	Ja
14	Ny incitamentsmodell för operationer - Undanträngningseffekter	Risk för att prioriteringar i mindre utsträckning baseras på gällande lagstiftning om vård utifrån behov och medicinska prioriteringar på grund av att de ekonomiska incitamenten som ger extra ersättning prioriteras vilket kan leda till undanträngning av vård.	3x3=9	Regional uppföljning behövs för att fånga upp eventuella undanträngningseffekter. Uppföljningen för 2023 kommer att bevakas inom ramen för intern kontroll.	Ja

² Avtal om läkarutbildning och forskning mellan stat och region

³ Verksamhetsförlagd utbildning

15	Ny incitamentsmodell för operationer - Minskad samverkan	Risk för att förmågan och intresset av att samarbeta regionövergripande för patientgrupper som är relevanta i sammanhanget minskar, vilket kan leda till oskälig variation i tillgänglighet i Region Skåne.	3x3=9	Regional uppföljning behövs löpande för att följa eventuella tecken på att lediga resurser i regionen inte utnyttjas fullt ut. Uppföljningen för 2023 kommer att bevakas inom ramen för intern kontroll	Ja
16	Apotekaktörs fakturor	Risk att fakturor inte inkommer och inte attesteras i tid vilket kan generera att höga avgifter.	4x2=8	Granskning genomförs av Gemensam servicefunktion (GSF) inom ramen för regionstyrelsens interna kontroll. Uppföljning av granskningen sker inte inom ramen för HSN.s interna kontroll. Nämnden har ingen egen kontroll och följer resultatet av GSF:s granskning.	Ja

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	Bristande uppföljning	Risk för bristande uppföljning på grund av att beslutad uppföljningsplan inte följs vilket kan leda till att risker som ingår i denna riskanalys, exempelvis vårdförlopp, patientsäkerhet och precisionsmedicin inte följs upp i tillräcklig utsträckning och att nämnden möjligheter att agera vid behov därmed försvåras.	1x3=3	Kontroll av att de risker som nämnden bevakar under året genomförs enligt beslutad uppföljningsplan.	Ja
2	Hantering av patientuppgifter (Tandvård)	Risk för att patientuppgifter inte finns tillgängliga på grund av att IT-system med stödsystem inte tillgodoser detta vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker och att patienter inte beviljas rätt tandvårdsstöd.	2x3=6	Stickprov kommer att göras av Enheten för Tandvårdsstyrning mot befolkningsregistret för kontroll. Enheten ska säkerställa att rutin för integration finns inom IT.	Ja
3	Brister i hantering av föreningsbidrag och offentligt partnerskap med idéburen sektor	Risk för att bidrag beviljas som inte uppfyller kraven i regionfullmäktiges policy, samt riktlinjer för bidrag, på grund av att fullständiga underlag enligt krav i de styrande dokumenten saknas vilket kan leda till att beviljade bidrag	3x3=9	Revisionens tidigare granskning har visat på avvikelser. Nämnden har utökat ansvar för idéburet offentligt partnerskap (IOP) 2023. Behov av kontroll som tydliggör om utbetalningar till ideella organisationer sker i enlighet med regelverk och styrande dokument.	Ja

		inte används till avsedda ändamål eller att hanteringen av redovisningar sker på ett icke ändamålsenligt sätt.			
4	Ny incitamentsmodell för operationer - Registreringsglidningar	Risk för att registreringen av en vårdinsats glider mot tyngre diagnoser och vårdinsatser på grund av att ersättningen baseras på registreringar i Pasis (RSVD) vilket kan leda till felaktig bild av genomförd vård, felaktig ersättning samt förtroendeskada.	3x3=9	Behov av att löpande följa och kontrollera registrering av vårdinsatser inom modellen inkluderat jämförelser mot tidigare år för att finna eventuella systematiska avvikelser.	Ja

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	Hantering av personuppgifter (Upphandlad vård)	Risk för att hantering av personuppgifter inte genomförs på ett korrekt sätt på grund av att PUB-avtal som bilaga till huvudavtalet inte alltid säkerställs vid avtalstecknande vilket kan leda till avsteg från lagstiftning.	3x3=9	PUB-avtal som bilaga vid avtalstecknande krävs och saknas i flera fall i dagsläget. Under 2023 kommer det att arbetas fram en handlingsplan för hur risken ska åtgärdas.	Ja