Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Patientnämnden

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 5
2.4 Information och kommunikation 6
2.5 Övervakning och uppföljning 6
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 6
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 7

3 Sammanställning av risker 8

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Ledning och medarbetare sitter tillsammans i samma lokaler på kontoret, vilket gör det lätt att kommunicera och samarbeta. De flesta har avtal som gör att de kan arbeta hemifrån några dagar i veckan, och då sker kontakten digitalt.

Rutiner uppdateras vid behov, och viktig information tas upp på APT och andra möten. Förvaltningen samverkar väl med de fackliga representanterna inom ramen för lokal samverkan.

Ledningen har en etablerad och uppdaterad krisledningsplan och organisation för att effektivt hantera kriser och störningar i verksamheten.

Det planeras inga förändringar i roller eller ansvar under året.
Controller samordnar uppföljningen av den interna kontrollplanen tillsammans med ansvariga medarbetare och ledningen. Regionrevisorer och auktoriserad revisor granskar arbetet externt.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Förvaltningen har gjort en ny riskanalys genom att gå igenom årets internkontrollplan och bedöma om riskerna fortfarande är aktuella samt om nya risker har tillkommit. Sammanlagt identifierades 15 riskområden, varav två bedömdes ha högt riskvärde och fem medelhögt riskvärde. Övriga risker bedömdes som låga.

Högt riskvärde

Dataintrång har fortsatt högt riskvärde och sannolikheten för att detta ska inträffa bedöms som högre, konsekvenserna är allvarliga då personuppgifter hanteras liksom all pågående- och historisk ärendedata som kan påverkas. Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerheten, utbildning och information används för att minska risken.

Större samhällspåverkande kris har fortsatt högt riskvärde, sannolikheten är låg men konsekvenserna för verksamhetens genomförande är högt.

Sammanfattningsvis: Risknivån i förvaltningen är överlag låg, men vissa risker –

som dataintrång och samhällskriser – har hög konsekvens och bevakas därför noggrant.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Förvaltningen har gått igenom intern kontroll planen för att säkerställa att alla kontroller och åtgärder är aktuella och fungerar som de ska.

Krisberedskap

Förvaltningen har en plan för beredskap, kris och kontinuitet som följer regionens övergripande plan. Den innehåller rutiner för hur verksamheten ska hantera allvarliga händelser och uppdateras regelbundet.

IT- och informationssäkerhet

För att förebygga dataintrång uppmanas medarbetarna att vara försiktiga och gå regionens utbildning i informationssäkerhet (DISA), både vid nyanställning och regelbundet därefter. Nya medarbetare får också information om förvaltningens riktlinjer vid introduktion. Förvaltningen tar del av regionens sårbarhetsskanningar och ser till att eventuella brister åtgärdas.

Oegentligheter och välfärdsbrott

Ärendehantering
- Bevakning/flaggning av misstänkta ärenden i systemet
- Regelbunden genomgång av markerade ärenden
- Sammanställningar till hälso- och sjukvårdsförvaltningens funktion mot oegentligheter
- Uppföljning i intern kontroll planen och riskanalys

Stödpersonshantering
- Bakgrundskontroller och dubbelintervjuer vid rekrytering
- Tydlig introduktion och uppföljning genom samtal och observationer
- Kontroll av underlag vid ersättningsanspråk
- Kontakt med vårdinrättningar

Arbetsmiljö

Ledningen arbetar aktivt för att förebygga stress och ohälsa genom regelbundna avstämningar, bra arbetsfördelning och möjlighet för medarbetarna att planera sitt arbete utifrån verksamhetens behov.

Sekretess

Alla medarbetare loggar in med e-tjänstekort, och systemet loggar användningen löpande. Personuppgifter skyddas i databasen och döljs i statistik och ärendeförteckningar. Vid hemarbete gäller särskilda sekretessrutiner. Sekretessbelagda dokument förvaras i låsbara skåp, och externa besök måste anmälas i förväg.

Eventuella avvikelser rapporteras i ett särskilt dokument som alla kan ta del av.

Datasäkerhet och ekonomi

Serviceförvaltningen IT ansvarar för säkerhetskopiering och virusskydd i databasen. Kontroller kopplade till den ekonomiska rapporteringen hanteras också av serviceförvaltningen, som gör löpande avstämningar. Controller följer upp resultatet varje månad och analyserar eventuella avvikelser.
Risken för felaktiga bidragsutbetalningar är inte aktuell eftersom patientnämnden inte betalar ut några bidrag.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

På förvaltningens gemensamma server finns information och styrande dokument tillgängligt för medarbetare. Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på APT/ledningsmöten i organisationen.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Controller samordnar arbetet med att följa upp risker, kontroller och åtgärder tillsammans med biträdande förvaltningschef, ansvariga tjänstepersoner, ledningsgruppen och förvaltningschefen när planen för intern kontroll tas fram och följs upp.

Planen för intern kontroll rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsplan, delårsrapport samt verksamhetsberättelse. Nämnden beslutar om planen ska godkännas och kan föreslå ändringar.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med

regionens riktlinjer och anvisningar i samband med upprättande av verksamhetsplanen, vid delårsrapportering samt vid upprättande av verksamhetsberättelse. På så sätt säkerställs efterlevnad av riktlinjen och eventuella förändringar som har skett identifieras. Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker underlättar överblick över eventuella avvikelser. Nämnden tar del av och beslutar om planen för intern kontroll och dess uppföljning.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

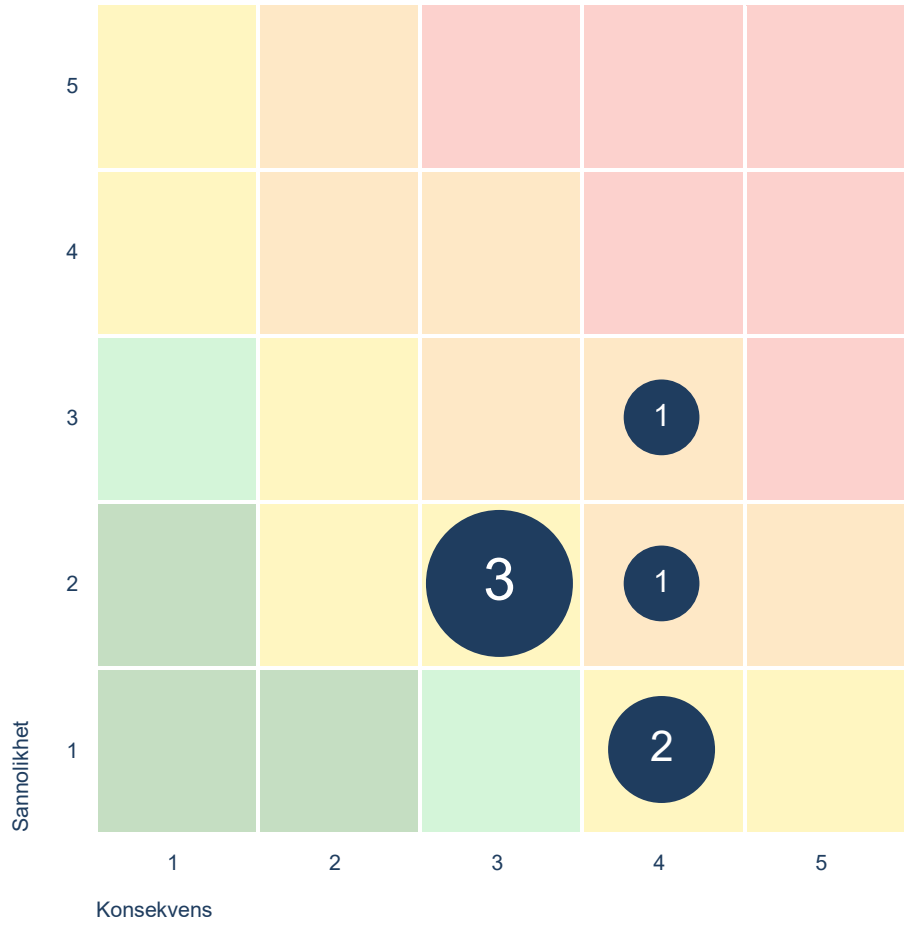
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Avvikelser samlas i ett dokument där identifierat område, datum samt avvikelsen beskrivs. Detta följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

I Regionrevisorernas delrapporterings-PM framgår att de inte har några rekommendationer, vare sig nya eller kvarstående sedan tidigare granskning.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	2 st
Medelhög risk	5 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		14146	→	Konsekvenser av ökning av antalet ansökningar om stödperson.	**Riskägare** Pia Bornevi
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		43233	→	Dataintrång	**Riskägare** Pia Bornevi

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
		89038	→	Större samhällspåverkande kris	**Riskägare** Pia Bornevi
		135270	→	Risk att förvaltningen inte kan rekrytera tillräckligt med stödpersoner	**Riskägare** Pia Bornevi
		14152	→	Bevarande av data i förvaltningens databas	**Riskägare** Pia Bornevi
		14150	→	Sekretess och konfidentialitet	**Riskägare** Pia Bornevi
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		14149	→	Ansträngd organisatorisk och social arbetsmiljö	**Riskägare** Pia Bornevi