Region Stockholm

Diarienummer
RS 2021-0609
PAN A2209-00102

Patientnämnden

Plan för intern kontroll 2022, Delårsuppföljning

Delår 2022

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Uppföljning av intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 6
2.4 Information och kommunikation 7
2.5 Övervakning och uppföljning 7
2.5.1 Uppföljning 7
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 8

3 Sammanställning av risker 9

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 2019–0866). 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 Uppföljning av 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 försäkran om att nödvändiga åtgärder 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. Exempel på detta är organisationskulturen, ledningens agerande, policys, riktlinjer och andra styrande dokument.

Förvaltningen har en decentraliserad struktur. Ledning och medarbetare sitter vid arbete på kontoret samlade i en gemensam lokal, vilket underlättar transparens och effektiv kommunikation mellan ledning och medarbetare.

Medarbetarna har individuella avtal om distansarbete som ger möjlighet att arbeta hemifrån i kombination med arbete på kontoret ett visst antal dagar i veckan. Arbete på distans har lett till nya arbets- och kommunikationsrutiner och ett allt mer digitalt arbetssätt. Krisledningsarbetet som var aktuellt under pandemin har avslutats men ledningen har beredskap att återuppta det ifall det skulle bli aktuellt.

Rutiner har uppdaterats och vid behov tydliggjorts för processer som styr förvaltningen samt det dagliga arbetet. Viktig information förmedlas kontinuerligt till förvaltningens medarbetare på APT eller vid andra mötesforum.

Förvaltningen fick en ny informationssäkerhetssamordnare i början av året till följd av pensionsavgång, vilket beslutades av nämnden. Informationssäkerhetssamordnaren ansvarar för beredskap, kris och kontinuitet.

Uppdatering och uppföljning av intern kontrollplan samordnas av controller i samverkan med samordnare för analys och strategi samt medarbetare med särskilda ansvarsområden och förankras med ledningen.

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
- Säkerhets- och informationssäkerhetsrisker

Förvaltningen har gått igenom planen för intern kontroll i samband med delårsrapporteringen för att säkerställa att informationen och bedömningar fortfarande är aktuella.

Riskerna med Patientnämndens verksamhet är förhållandevis begränsade. Inga nya risker har identifierats eller tagits bort. I nämndens plan för intern kontroll identifierades 14 riskområden varav ett bedömdes ha högt riskvärde och fem medelhögt riskvärde. Övriga risker bedömdes ha lågt riskvärde. Den uppdaterade riskanalysen har inte lett till några förändringar i värdering av riskerna sedan tertialrapporteringen, då riskvärderingen ändrades för riskerna "Dataintrång" samt "Sekretess och konfidentialitet". Dessa risker bedömdes ha värde 4 "Kritisk" istället för 5 "Katastrofal" när det gäller vilken konsekvens det skulle få om risken skulle materialiseras.

Dataintrång är den risk som har högst riskvärde. Regionen har de senaste åren rapporterat ett ökat antal försök till dataintrång, men förvaltningen har inte rapporterat några avvikelser på området under perioden. Regionens avdelning för IT-säkerhet (SOC - security operations center) rapporterar regelbundet till förvaltningen när de uppmärksammar avvikelser gällande IT-säkerhet. Förvaltningen bedömer risken att drabbas som relativt låg, men att konsekvensen skulle vara mycket allvarlig, eftersom förvaltningen hanterar personuppgifter. Förvaltningens servrar sköts av SF-IT, så förvaltningen har ett begränsat uppdrag avseende kontroll och åtgärder för att garantera IT-säkerheten, men arbetar kontinuerligt för att reducera riskerna för verksamheten genom åtgärder som beskrivs i kontrollplanen.

Inom stödpersonsverksamheten har det identifierats en risk att stödpersoner inte fullgör sina uppdrag. Eftersom vårdgivare inte registrerar dessa möten, varken fysiska eller digitala, är möjligheten för förvaltningen att följa upp dem begränsad. Möjligheten att systematiskt skicka in felaktiga månadsrapporter är dock liten då patienten eller vårdavdelningen sannolikt skulle höra av sig och klaga varvid förvaltningen skulle få kännedom om detta. Förvaltningen håller även kontakt med aktiva stödpersoner och håller en öppen dialog kring arbetet vilket främjar tillit.

Det finns en risk kopplad till arbetsmiljö vid hemarbete, då arbete på distans medför risker för dålig ergonomi samt risk för social isolering för medarbetarna. Medarbetarna har dock nu individuella avtal om distansarbete som ger möjlighet att arbeta hemifrån i kombination med arbete på kontoret ett visst antal dagar i veckan. Vid uppföljning har medarbetarna visat på hög nöjdhet med möjlighet till hemarbete. Risken bedöms därmed som måttlig.

Risken för omfattande sjukskrivning till följd av covid-19 har minskat genom vaccination samt minskad smittspridning i samhället. Risken kvarstår dock för nya virusvarianter som återigen kan leda till ökade sjukskrivningar. Hög frånvaro relaterad till covid-19 eller andra orsaker skulle också påverka verksamheten på ett kännbart sätt.

Risken kopplad till sekretess och konfidentialitet innebär att obehöriga skulle få tillgång till sekretessbelagda uppgifter. Förvaltningens rutiner fungerar väl och sannolikheten för att sekretessen bryts bedöms vara låg. Konsekvensen skulle dock vara allvarlig.

Slutligen ser förvaltningen en viss risk i och med kompetensförlust vid pensionsavgångar och avslut.

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 planen för intern kontroll för att säkerställa att arbetet med kontroller och åtgärder fortlöper enligt plan. Bedömningen är att kontroller och åtgärder kopplade till identifierade risker hanteras av utsedda kontrollansvariga medarbetare i enlighet med den upprättade planen. Inga väsentliga förändringar har skett jämfört med tidigare rapportering. Inga nya kontroller eller åtgärder har tillkommit eller tagits bort.

När det gäller dataintrång uppmanar förvaltningen medarbetarna att vara uppmärksamma och försiktiga för att undvika virus och dataintrång. Ett seminarium har hållits för förvaltningens medarbetare under perioden för att alla ska hålla sig uppdaterade gällande rutiner för informationssäkerhet. Alla medarbetare uppmanas att genomföra regionens obligatoriska utbildning i informationssäkerhet (DISA), både vid nyanställning samt för repetition efter ett par år.

Inom stödpersonsverksamheten rapporterar stödpersonerna månadsvis sina kontakter med patienter till förvaltningen, och handläggare kontrollerar att riktlinjer och beslut följs. Under året har digital rapportering av månadsrapporter införts, vilket minskar risken för fel. Förvaltningen gör stickprov för att kontrollera att stödpersoner verkligen fullgör sina uppdrag.

För att minska riskerna kopplade till arbetsmiljö arbetar ledningen aktivt för en god arbetsmiljö och för att förebygga stress, psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Löpande avstämningar görs med medarbetare enskilt och i grupp. Möjlighet finns till ersättning för anpassning av hemarbetsplats. Handläggarna har under våren fått tillfälle till professionell coachning i syfte att utvärdera och utveckla handläggarrollen och arbetssätt. Detta har resulterat i olika förslag till nya arbetssätt som alla leder till ökat hållbart medarbetarskap.

Förvaltningens rutiner för intern sekretess fungerar väl och för att kunna arbeta i systemet måste man logga in via e-tjänstekort. Förvaltningen följer upp loggning samt avvikelserapportering några gånger varje år. Alla personuppgifter hanteras i förvaltningens databas och i de fall statistik eller ärendeförteckningar begärs ut är personuppgifter dolda. Vid hemarbete följs särskilt utarbetade rutiner för sekretess. Förvaltningen har utöver detta särskilda rutiner för externa besök som inte kan ske oanmälda, samt förvarar sekretessbelagda dokument i låsbara dokumentskåp. Samtliga avvikelser ska rapporteras till chef och i särskilt avsedd avvikelsehanteringsmapp där alla kan ta del av informationen

När det gäller risken för kompetensförlust vid pensionsavgångar följer förvaltningen regionens rutiner för nyrekrytering. Förvaltningen ser löpande över verksamhetens behov och har en lokal handlingsplan för personal- och kompetensförsörjning.

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.

Internt kommuniceras relevant information kopplade till verksamheten och intern kontroll till nämndsledamöter och medarbetare på avsatta möten samt i samband med verksamhetsplanering och uppföljning.

Externt informeras denna information via bland annat årsrapport samt verksamhetsplan. Sammanträdeshandlingar finns på regionens hemsida.

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.

Rapportering, uppföljning och övervakning kring risker, kontroller och åtgärder samordnas av förvaltningens controller som samverkar med samordnare för analys och strategi, kontroll- och åtgärdsansvariga tjänstemän och förvaltningschef vid upprättande och uppföljning av plan för intern kontroll.

Planen och dess uppföljning bereds i patientnämndens arbetsutskott, AU. Förvaltningen rapporterar plan för intern kontroll till nämnden i samband med verksamhetsplan, tertial- och delårsrapport samt verksamhetsberättelse. Nämnden fattar beslut om huruvida den interna kontrollplanen ska godkännas och kan ge förslag på justeringar.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, RS 2019–0866.

Förvaltningen ser över och uppdaterar den interna kontrollplanen i enlighet med regionens riktlinjer och anvisningar i samband med verksamhetsplan, tertial- och delårsrapport samt verksamhetsberättelse. På så sätt säkerställs efterlevnad av

riktlinjen och potentiella ändringar som har skett sedan sist 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 under perioden.

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.

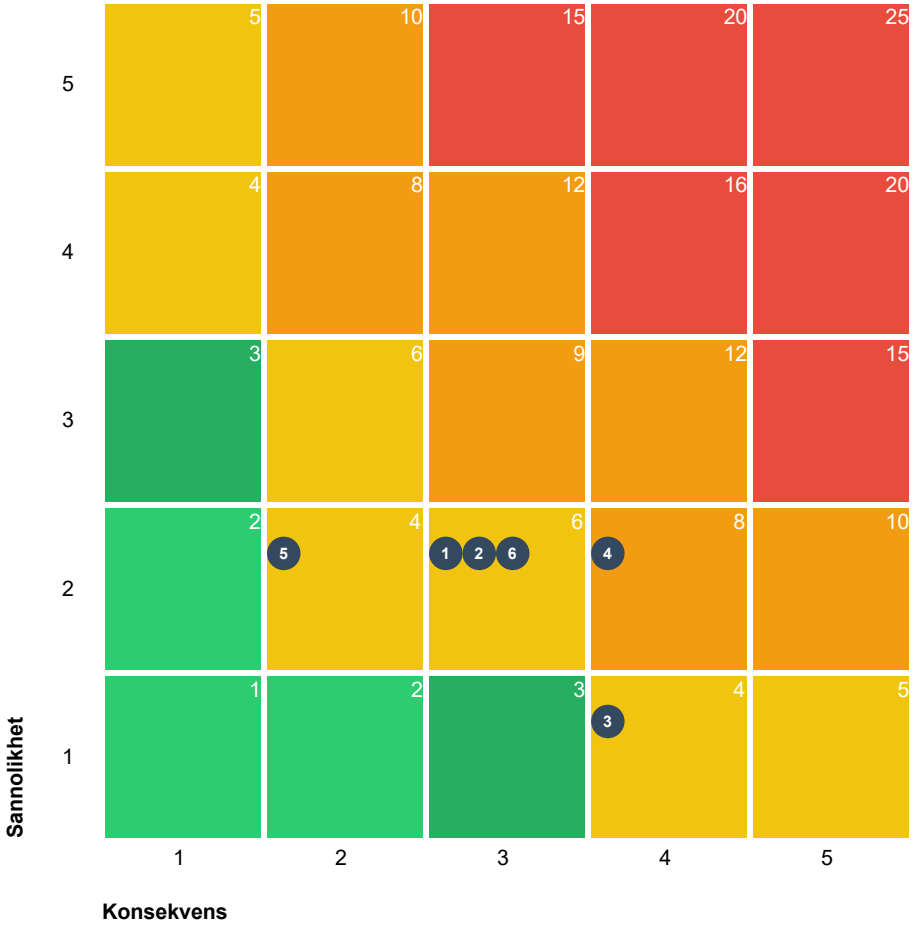
Avvikelser samlas i en fil där identifierat område, datum samt avvikelsen beskrivs. Detta följs upp av ledningen och åtgärdsansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

Inga brister i intern kontroll har noterats under året.

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

Regionrevisorerna hade i sin årsrapport för 2021 kvar en rekommendation som var delvis åtgärdad gällande attest av manuella bokföringsordrar. Rekommendationen har nu åtgärdats.

3 Sammanställning av risker



1 Hög risk 5 Medelhög risk Totalt: 6

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Ett resultat i balans		1		14147	2.8 Stödpersoner fullgör inte sina uppdrag	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		2		43232	2.17 Arbetsmiljö vid hemarbete	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta		3		14150	2.11 Sekretss och konfidentialitet	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
		4		43233	2.15 Dataintrång	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Systematisk kompetensförsörjning		5		14153	2.14 Kompetensförsörjning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir
Kärnverksamhet ska prioriteras		6		43231	2.16 Ökad sjukskrivning	**Riskägare** Steinunn Ásgeirsdóttir